I 11045

BIBLIOTECA CENTRALĂ

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII

1961

EDITURA MEDICALĂ

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII 1961

IUL 2005

11045

UEL 2014

ALMANAHUL SĂNĂTĂȚII

1961

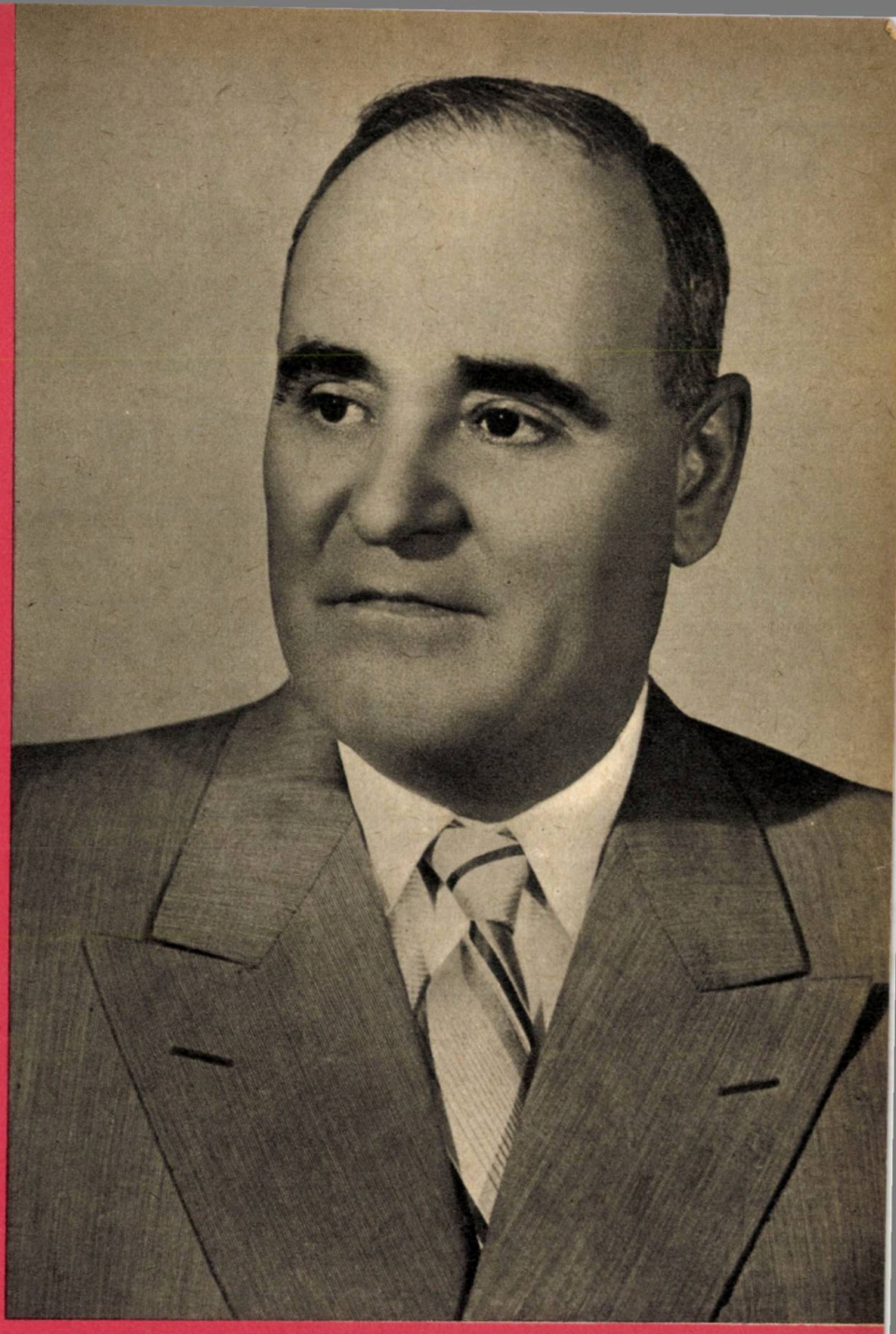
U IAȘI 2022

EDITURA MEDICALĂ

BUCUREȘTI

3613

1964



Tovarăşul GHEORGHE GHEORGHIU-DEJ
prim-secretar al Comitetului Central al
Partidului Muncitoresc Romîn

Date IMPORTANTE

2 IANUARIE 1959	U.R.S.S. lansează prima rachetă cosmică
24 IANUARIE 1859	Unirea Țărilor Romîne
15-16 FEBRUARIE 1933	Eroicele lupte ale muncitorilor de la Atelierele C.F.R. Griviţa, conduse de P.C.R.
23 FEBRUARIE	Ziua Armatei Sovietice
3-5 MARTIE 1949	A avut loc şedinţa plenară a C.C. al P.M.R. care a adoptat rezoluţia asupra sarcinilor partidului în lupta pentru întărirea alianţei clasei muncitoare cu ţărănimea muncitoare şi pentru transformarea socialistă a agriculturii
6 MARTIE 1945	Instaurarea puterii democrat-populare
8 MARTIE	Ziua internaţională a femeii
21 MARTIE 1922	Intemeierea organizaţiei rovoluţionare de tineret din Romînia, U.T.C.
22 APRILIE 1870	S-a născut V. I. Lenin
1 MAI	Ziua solidarităţii internaţionale a oamenilor muncii
5 MAI 1818	S-a născut Karl Marx
8 MAI 1961	40 de ani de la constituirea Partidului Comunist din Romînia
9 MAI 1877	Ziua proclamării independenţei de stat a Romîniei
9 Mai 1945	Ziua victoriei
1 IUNIE	Ziua internaţională pentru apărarea copilului
11 IUNIE 1948	Naţionalizarea principalelor mijloace de producţie
23 AUGUST 1944	Ziua eliberării patriei noastre de sub jugul fascist
24 SEPTEMBRIE 1952	Ziua Constituţiei R.P.R.
4 OCTOMBRIE 1957	U.R.S.S. lansează primul satelit artificial al Pămîntului
25 OCTOMBRIE	Ziua forţelor armate ale R.P.R.
7 NOIEMBRIE	Ziua aniversării Marii Revoluţii Socialiste din Octombrie
10 NOIEMBRIE	Ziua mondială a tineretului
28 NOIEMBRIE 1820	S-a născut F. Engels
30 DECEMBRIE 1947	Ziua proclamării Republicii Populare Romîne

SĂRBĂTORI LEGALE

1 IANUARIE 2 IANUARIE	— Anul Nou
1 MAI 2 MAI	— Ziua solidarității internaționale a celor ce muncesc
23 AUGUST 24 AUGUST	— Ziua eliberării patriei noastre de sub jugul fascist

OCROTIREA SĂNĂTĂȚII

ÎN REPUBLICA POPULARĂ ROMÎNĂ

În trecut, ca rezultat al indiferenței statului burghezo-moșieresc față de ocrotirea sănătății poporului, Romînia era o țară caracterizată din punct de vedere al sănătății publice printr-o mortalitate generală și infantilă ridicată și o mare morbiditate prin boli transmisibile și cu extindere în masă.

An de an se înregistrau epidemii, sute de mii de cazuri de malarie și zeci de mii de cazuri de tuberculoză, pelagră, gușă și sifilis. Mortalitatea generală atingea 19—20‰, iar mortalitatea infantilă, care se ridica la 17—18%, ne situa printre țările cu cei mai mari indici din Europa.

Anual se înregistrau cca. 300 000 de decese, dintre care aproximativ 80 000—90 000 erau copii sub 1 an.

Comparativ cu alte țări, durata medie de viață era scăzută, vîrsta medie nedepășind 42 de ani.

Teritorii întregi ale țării nu aveau asigurată o asistență spitalicească și nu erau deservite de cadre medico-sanitare. Spitalele rurale, puține ca număr, cu o capacitate de spitalizare redusă și nespecializate, erau utilizate în special ca izolatoare pentru bolile transmisibile.

Spitale de specialitate mai bine dotate se găseau doar în cîteva orașe mari, unde asistența medicală se acorda la prețuri inaccesibile maselor. În anul 1938, numărul de paturi spitalicești din orașe era de numai 26 120. La dispoziția oamenilor muncii nu erau decît cîteva dispensare de asigurări sociale, în centrele mai importante, în care dreptul la asistență medicală se acorda numai pe bază de cotizații reținute din salariu.

În același an, la 1 medic reveneau 1 895 de locuitori pe ambele medii și 8 160 de locuitori în mediul rural, iar în unele județe chiar peste 16 000 de locuitori. Numărul medicilor specialiști era și mai redus, în unele regiuni ale țării existînd, de exemplu, 1 pediatru la 200 000 de locuitori.

În mediul rural situația sanitară era deplorabilă. Un exemplu edificator este dat de faptul că 99,9% din nașteri aveau loc la domiciliu și numai 0,7% erau asistate de medic. În aceste condiții 75% din copiii decedați sub un an nu erau de loc văzuți sau tratați de un medic.

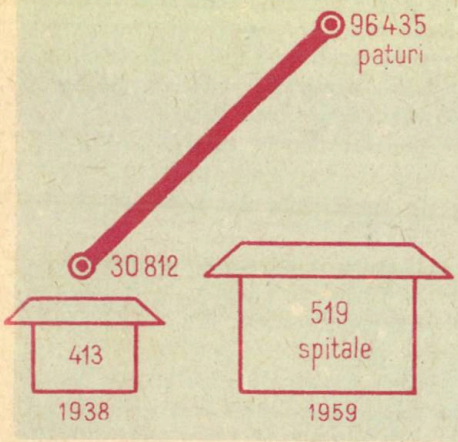
Nu existau instituții speciale pentru consultarea și tratarea tuberculozei, sifilisului, malariei. După datele oficiale numai pentru tuberculoză se înregistrau anual 25 000—28 000 de decese, iar numărul bolnavilor de malarie se ridica la cîteva sute de mii.

În ceea ce privește activitatea de asistență socială a populației, aceasta avea un caracter „filantropic", bazîndu-se pe un număr de instituții particulare — și acestea insuficiente — și avînd ca obiectiv principal asistența bătrînilor. Modul însă în care era organizată această asistență era cu totul deficitar. Lipsa oricărei asistențe medicale în azile și mizeria care domnea în ele favorizau apariția bolilor, astfel încît majoritatea bătrînilor mureau la scurt timp după internare.

După eliberarea țării noastre și după preluarea puterii politice de către clasa muncitoare în frunte cu partidul său a fost creată posibilitatea pentru instituirea unei adevărate politici sanitare de stat, avînd la bază principiile medicinei socialiste, prin care s-a reușit într-un timp relativ scurt să se lichideze situația sanitară dezastruoasă moștenită.

Partidul și guvernul nostru au pus în fața organelor sanitare sarcina dezvoltării ocrotirii sănătății poporului muncitor, a îmbunătățirii rapide și continue a stării de sănătate a populației.

Mijloacele materiale și fondurile bugetare puse la dispoziție, care au crescut an de an au permis dezvoltarea într-un ritm nemaiîntîlnit în trecut a unităților sanitare.



Numărul paturilor de spital a crescut de la 30 812 în anul 1938, la 96 435 în 1959, iar al paturilor de asistență medicală pentru tuberculoză de la 3 653 la aproape 25 000.

A crescut considerabil numărul de unități sanitare, policlinici, dispensare de specialitate, servicii medico-sanitare de întreprindere, stații de salvare etc. și au fost înființate instituții de tip nou în țara noastră, ca: stații de malarie, centre de transfuzii, sanepiduri, case de naștere, bucătării de lapte, aviasanul etc.

O preocupare de seamă a organelor de ocrotire a sănătății o constituie asigurarea unei asistențe medicale calificate și specializate în întreprinderi.

În 1959 funcționau 81 de spitale de întreprinderi și șantiere, cu un total de peste 4 700 de paturi. Au fost construite unități spitalicești noi de întreprinderi la Orașul Stalin, Comănești, Hunedoara, Baia Mare, București și multe alte centre muncitorești.

A luat o mare extindere asistența balneară pentru oamenii muncii. Față de aproximativ 3 000 de salariați trimiși în stațiunile balneo-climaterice în 1938, în anul 1959 peste 209 000 de salariați au beneficiat de asistență medicală în stațiunile balneo-climaterice, iar peste 320 000 de salariați și copii au fost trimiși în case de odihnă, tabere și colonii de vară.

În Republica Populară Romînă, activitatea de prevederi și asistență socială are un caracter de stat, în realizarea ei fiind antrenate, atît organele centrale, cît și cele locale ale puterii de stat.

Hotărîrea C.C. al P.M.R. din iulie 1959 privind măsurile pentru ridicarea nivelului de trai al oamenilor muncii, pe lîngă creșterea însemnată a salariilor și reducerea prețurilor de cost la un mare număr de produse industriale și agricole, prevede o importantă creștere a cuantumului de pensii, în valoare de peste 1 miliard lei, pensiile extinzîndu-se la un număr mai mare de categorii.

Alocația de stat pentru copiii salariaților și pensionarilor acordată pentru fiecare copil sub 14 ani, ajutorul familial de stat acordat familiilor

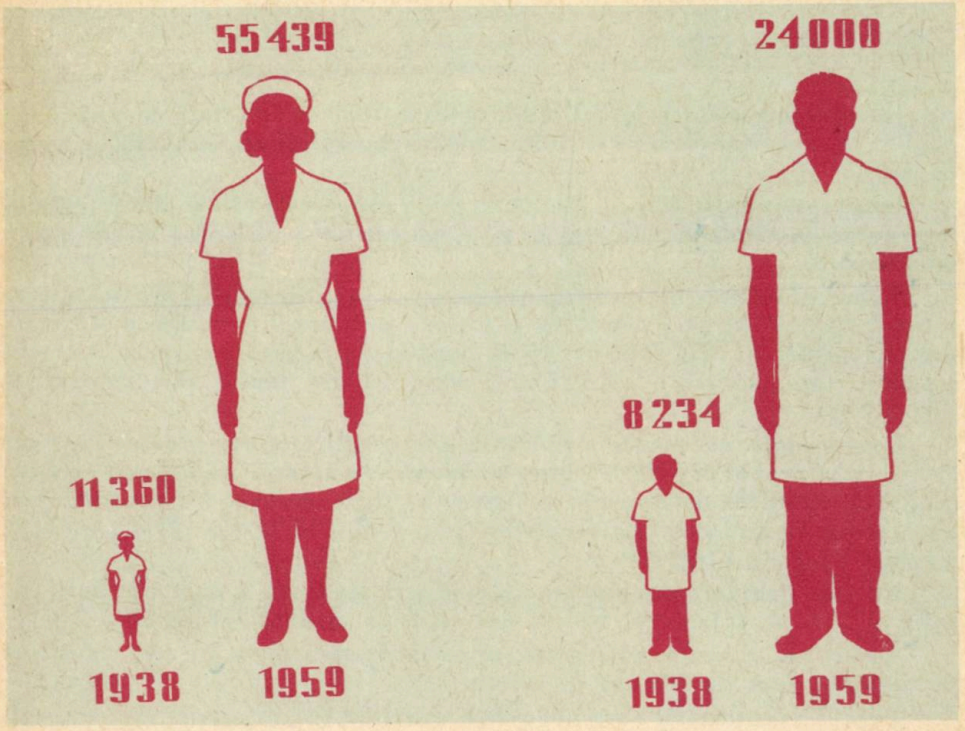
numeroase și mamelor singure, ajutorul pentru soțiile de militari în termen și ajutorul unic de stat reprezintă cîteva din multiplele forme de repartizare a venitului național, în vederea creșterii nivelului de trai al populației.

S-au înființat numeroase cămine de pensionari și bătrîni iar pentru bătrînii bolnavi, cămine-spital. În aceste cămine li se acordă cazarea și întreținerea completă, asistență medicală și tratament balneo-climateric, proteze și aparate protetice, creîndu-li-se condiții de muncă în raport cu capacitatea fiecăruia.

Statul nostru acordă o atenție deosebită problemelor legate de prevenirea și combaterea procesului de îmbătrînire. În acest scop a fost înființat Institutul de geriatrie „Prof. C.I. Parhon", unde se experimentează cu succes procedee noi terapeutice.

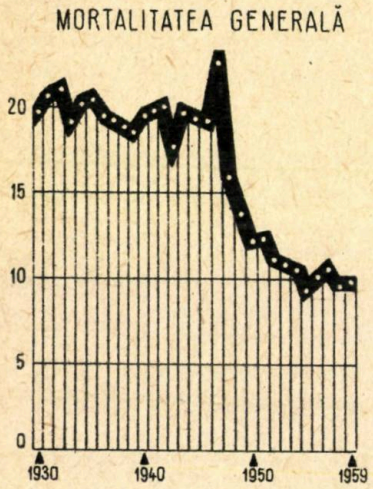
Numărul cadrelor medicale a crescut în permanență, ajungîndu-se la sfîrșitul anului 1959 să avem cca. 24 000 de medici, ceea ce reprezintă un medic la 769 de locuitori, față de 1 medic la 1 895 de locuitori în 1938.

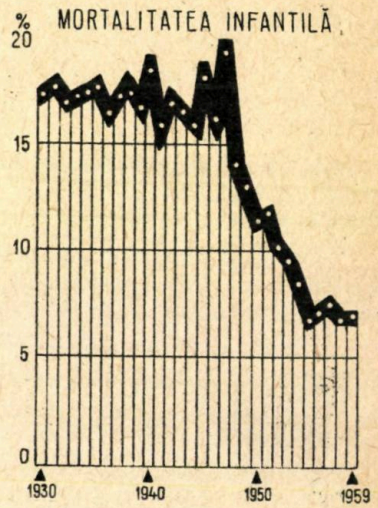
Totalul cadrelor medii sanitare numai în rețeaua Ministerului Sănătății și Prevederilor Sociale și a sfaturilor populare este de aproximativ 54 000 în 1959, față de cca. 7 000 în 1938.



Ca urmare a importantelor transformări social-economice și culturale, a ridicării continue a nivelului material și cultural, a organizării ocrotirii sănătății pe baza principiilor socialiste, precum și a eforturilor susținute depuse de marea majoritate a cadrelor medicale și sanitare medii, starea de sănătate a populației s-a îmbunătățit simțitor.

Mortalitatea generală a scăzut la aproape jumătate în anii puterii populare, ceea ce înseamnă că față de anul 1938, anul cel mai favorabil al regimului trecut, mor în prezent aproximativ 110 000 de cetățeni mai puțin în fiecare an.





Nivelul mortalității infantile s-a redus în 1959 cu 58% față de anul 1938 cînd reprezenta aproximativ 18%. Astăzi mortalitatea infantilă a ajuns la 6,8%.

Scăderea mortalității s-a produs la toate grupele de vîrstă, dar în special la grupele de vîrstă sub 15 ani, la care mortalitatea s-a redus la mai puțin de o treime.

Tuberculoza care în trecut reprezenta peste 11% din totalul deceselor, țara noastră situîndu-se pe primul loc în Europa în această privință, a scăzut în prezent cu peste 70% față de 1938, indicii de mortalitate prin tuberculoză din țara noastră fiind mai mici decît cei din multe țări capitaliste din Europa.

Concomitent cu scăderea radicală a mortalității s-a produs creșterea sporului natural al populației, înregistrîndu-se în ultimii ani cei mai crescuți indici de excedent natural din tot trecutul țării noastre. Numai între cele două recensăminte generale ale populației, din 1948 și din 1956, populația a sporit cu peste 1 600 000.

Au fost lichidate sau sînt pe cale de a fi eradicate numeroase boli, ca: febra recurentă, tularemia, tifosul exantematic, malaria, rabia etc.

Astăzi nu se mai înregistrează anual decît maximum 200 de cazuri noi de malarie, față de 200 000 în trecut.

Tifosul exantematic care înregistra anual 80 000 de cazuri noi, se întîlnește foarte rar scăzînd cu peste 99%.

De asemenea se înregistrează tot mai puține cazuri de febră tifoidă, difterie, poliomielită etc.

Prin combaterea activă a bolilor venerice se înregistrează astăzi cu 80% mai puține cazuri de sifilis față de trecut.

Îmbunătățirea simțitoare a stării de sănătate a populației, obținută într-o perioadă scurtă, rezultă concret din indicii sintetici exprimați prin durata medie de viață și dezvoltarea fizică a populației.

Astfel, durata medie de viață, care sub regimul trecut s-a menținut la același nivel foarte scăzut de 42 de ani încă de la începutul secolului, a înregistrat o creștere deosebit de mare, ajungînd în anul 1956 la peste 63 de ani, țara noastră apropiindu-se de cei mai înalți indici observați în lume.

De asemenea, cercetările vaste de dezvoltare fizică a copiilor de 3—18 ani, efectuate în țara noastră în anul 1950 și repetate în anul 1957, arată o creștere a greutății care atinge valori de 2,1 kg, a înălțimii de 2,7 cm și a perimetrului toracic cu 1,1 cm. În mediul urban, valorile obținute în creșterea greutății copiilor ating 4,5 kg, în înălțime 4,5 cm și perimetrul toracic 2,5 cm. Creșterile cele mai mari s-au înregistrat în regiunile în care industrializarea și transformarea socialistă a agriculturii s-au dezvoltat într-un ritm mai intens: Hunedoara, Ploești, Bacău, Constanța.

Față de trecut, cînd țara noastră importa cea mai mare parte a medicamentelor, astăzi fabricile noastre de produse medicamentoase și aparatură medicală asigură populației majoritatea sortimentelor necesare.

În prezent se produc în fabricile noastre medicamente de bază pentru tratamentele moderne.

O realizare de seamă a regimului nostru democrat-popular este fabrica de antibiotice de la Iași, construită cu sprijinul Uniunii Sovietice; aceasta satisface în întregime nevoile interne, producînd în același timp importante cantități pentru export.

Calitatea antibioticelor romînești se bucură de o înaltă apreciere în toate țările.

Asigurarea populației cu medicamente și produse farmaceutice a crescut rapid, satisfăcînd din ce în ce mai mult cerințele acesteia.

Numărul farmaciilor din instituții sanitare a crescut de la 528 în 1949 la 600 în 1959 și al celor publice de la 582 în 1949 la 1.126 în 1959, totalizînd în orașe 570 unități și în sate 556 unități.

În afară de farmacii, mai funcționează un număr de 4.090 puncte farmaceutice, din care la sate 3.977 puncte farmaceutice.

Rețeaua farmaceutică este deservită în prezent de 4.737 farmaciști.

Volumul consumului de medicamente a crescut în 1958 cu 330% față de 1949, din care 30% în mediul rural.

În prezent, tînăra noastră industrie de aparatură și instrumentar medical produce numeroase sortimente, ca aparate roentgen, lămpi scialitice, microscoape binoculare, colposcoape, aparate de raze ultrascurte, unituri dentare, instalații de sterilizare etc.

Luminoasele perspective cuprinse în Directivele celui de-al III-lea Congres al P.M.R. însuflețesc întregul corp medico-sanitar din țara noastră. Cadrele medico-sanitare sînt pătrunse de justificată mîndrie că pot să contribuie, sub conducerea Partidului Muncitoresc Romîn, la îndeplinirea măreților obiective ale programului de perspectivă, ale cărui roade se transformă în bunăstare, sănătate și viață fericită pentru toți oamenii muncii din patria noastră.

OXIGENUL și rolul său în organism

Desfășurarea normală a funcțiilor tuturor organelor și țesuturilor din corpul omenesc este posibilă numai datorită unui consum neîncetat de energie. Izvorul nesecat din care omul și animalele sorb această energie necesară vieții sînt alimentele. Eliberarea de către celulele organismului a energiei înmagazinate în diferitele alimente se face însă printr-un șir complicat de reacții, a cărui descriere ar depăși cadrul rîndurilor de față. De fapt, această eliberare se face în cele din urmă prin unirea oxigenului din aer cu alimentele introduse în organism și reprezintă, din punct de vedere chimic, un proces de *ardere* sau oxidare din care rezultă, pe lîngă energie, și bioxid de carbon și apă.

Oxigenul este indispensabil pentru viața omului și a animalelor. Dacă lipsa alimentelor poate fi suportată mai multe zile sau săptămîni, lipsa oxigenului pune în pericol viața numai după cîteva minute.

În condiții normale, un adult consumă aproximativ 300 cm^3 oxigen pe minut, ceea ce reprezintă, în 24 de ore, 412 litri sau 0,600 kg. Această cantitate este luată prin respirație din aerul atmosferic, în care oxigenul se găsește amestecat cu alte gaze, ca azotul, bioxidul de carbon (eliminat tot prin respirație) și altele, într-o proporție relativ neschimbată: oxigen 21%, azot 79%, bioxid de carbon 0,04%. Faptul că, prin respirația oamenilor și animalelor, această proporție nu se schimbă, se explică prin aceea că plantele preiau neîncetat din aer tocmai bioxidul de carbon eliminat de oameni și animale și elimină în schimb oxigen.

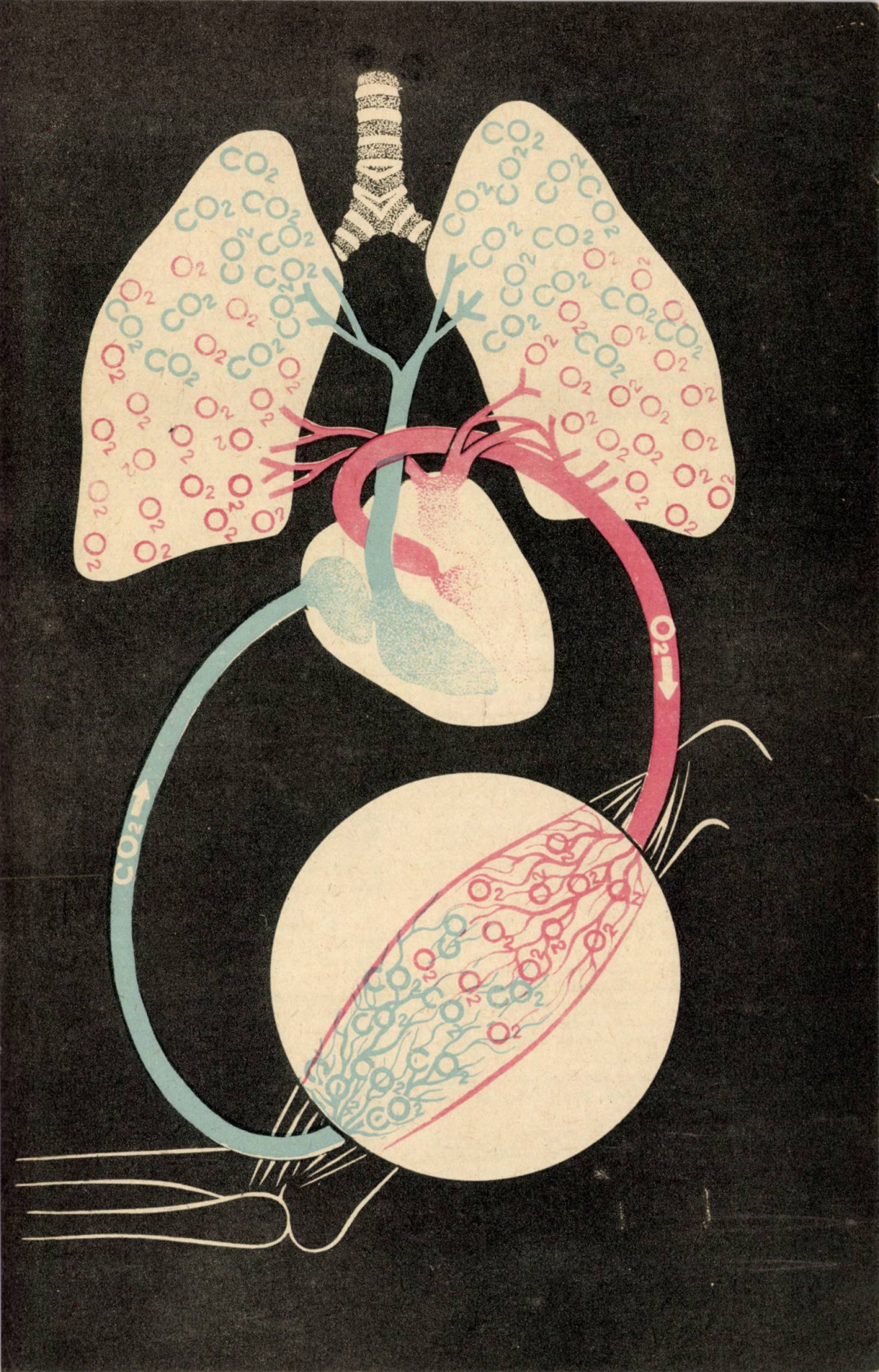
Organele care asigură preluarea oxigenului din aer și eliminarea bioxidului de carbon rezultat din arderi sînt organele aparatului respirator: căile de pătrundere a aerului (nas, faringe, laringe, trahee și bronhii) și plămîni. Plămînii, în număr de 2, sînt așezați în cutia toracică, formată de o parte a coloanei vertebrale, de coaste și osul stern, și despărțită de cavitatea abdominală printr-un mușchi în formă de boltă, denumit diafragm.

În prima parte a unei respirații — inspirația — prin contracția unor mușchi ai cutiei toracice și a diafragmului, această cutie se lărgește și destinde plămînii, care sînt elastici, aspirînd aerul; eliminarea lui se face în al doilea timp al respirației — expirația — în cursul căreia mușchii respiratori se relaxează, iar cutia toracică se strîmtează, comprimînd plămînii și golindu-i de aerul inspirat.

În mod normal, în cursul unei respirații pătrunde în aparatul respirator aproximativ $^1/_2$ litru de aer și se elimină cam aceeași cantitate. Ținînd seama că o persoană adultă, în stare de sănătate, respiră de 16—17 ori pe un minut, se poate calcula că în cursul a 24 de ore sînt purtați prin plămîni circa 12 000 de litri de aer (adică circa 15 kg).

Plămînul este alcătuit dintr-un număr foarte mare de săculețe, denumite alveole, care formează o întinsă suprafață (circa 60—120 m^2) și în pereții cărora se găsesc numeroase vase de sînge. La nivelul acestei suprafețe se realizează propriu-zis schimbul de gaze dintre atmosferă și organism, oxigenul din aerul atmosferic trecînd în sînge, iar bioxidul de carbon, rezultat din arderi, trecînd din sînge în atmosferă. Prin acest schimb se realizează primul act al respirației, respirația pulmonară sau externă.

De la plămîni și pînă la țesuturile și celulele cele mai îndepărtate din organism, oxigenul este transportat cu ajutorul sîngelui. Sîngele venit de la țesuturi, încărcat cu bioxid de carbon și sărac în oxigen, adus la inimă prin vene, este împins în plămîni, unde are loc schimbul descris mai sus. Sîngele oxigenat în alveolele pulmonare și curățat de bioxidul de carbon se reîntoarce la inimă și este apoi împins prin artere în tot corpul; de aici se reîntoarce la inimă, urmînd, mai departe, același drum.


O_2
CO_2

În sînge, oxigenul este transportat de către globulele roşii; acestea conţin o substanţă colorată, bogată în fier, hemoglobina, cu care oxigenul se combină la plămîni şi de care se desface la nivelul ţesuturilor. La acest nivel are loc un schimb de gaze invers faţă de cel petrecut la plămîni: oxigenul eliberat de hemoglobină este luat de celule, iar bioxidul de carbon, rezultat din arderi, trece în sînge.

În celule, prin arderile din care rezultă energia, se consumă ultimul act al respiraţiei, respiraţia tisulară sau internă.

Este uşor de înţeles că în condiţiile vieţii de toate zilele, nevoile de energie şi deci de oxigen diferă mult de la un om la altul şi chiar la acelaşi om, în legătură mai ales cu activitatea desfăşurată. În timpul eforturilor, arderile celulare devin mai intense şi din această cauză respiraţiile devin mai dese şi mai adînci. În timpul somnului arderile încetinesc şi respiraţiile sînt mai rare. Toate schimbările frecvenţei şi intensităţii respiraţiilor, ca şi mişcările respiratorii în sine, se fac în mod automat şi fără voie, ele fiind controlate în permanenţă de către sistemul nervos, după concentraţia din sînge a celor 2 gaze schimbate prin respiraţie, şi în special după concentraţia bioxidului de carbon.

Din cele de mai sus se poate vedea cît de complicată este oxigenarea normală a ţesuturilor şi celulelor şi cîte aparate şi sisteme sînt implicate în realizarea ei: aparatul respirator, sîngele, inima şi vasele, sistemul nervos. Suferinţa unuia sau a mai multora dintre aceste aparate şi sisteme va provoca tulburări mai mari sau mai mici ale aprovizionării cu oxigen.

Astfel, oxigenarea poate deveni nesatisfăcătoare atunci cînd cantitatea de oxigen din aer scade sub o anumită limită. Această cantitate scade, de exemplu, cu înălţimea. Ascensiunile pe munte sau zborurile cu avionul, peste 4 000 m, produc o senzaţie plăcută, ca o stare de beţie; dacă ascensiunea este rapidă, poate apărea chiar pierderea cunoştinţei.

Aceste tulburări sînt mai mici dacă ascensiunea se face încet sau la cei antrenaţi.

Peste 8 000 m însă, nimeni nu mai este capabil să-şi păstreze cunoştinţa mai mult de 15 minute, fără oxigen.

Oamenii care locuiesc mai mult timp la înălţimi mari se obişnuiesc să trăiască în atmosferă rarefiată, adaptîndu-se la această situaţie prin creşterea numărului de globule roşii şi a cantităţii de hemoglobină din sînge.

În încăperi închise, fără aerisire şi aglomerate, pe măsură ce se consumă oxigenul, concentraţia lui scade, crescînd în schimb concentraţia bioxidului de carbon.

Oxigenarea ţesuturilor poate fi îngreunată în diferite boli ale aparatului respirator: vegetaţii faringiene, astm bronşic, pneumonii, tuberculoză pulmonară, scleroze pulmonare, pleurezii şi multe altele. Ea poate fi tulburată în anemii, prin scăderea numărului de globule roşii şi a cantităţii de hemoglobină, în bolile inimii, cînd circulaţia sîngelui este încetinită, în intoxicaţii cu otrăvuri care paralizează centrii nervoşi ai respiraţiei (morfina) sau care se fixează pe globulele roşii, împiedicînd transportul oxigenului (oxid de carbon etc.).

Din cele expuse mai sus în legătură cu rolul oxigenului şi soarta sa în organism se deduc uşor măsurile care trebuie luate pentru a asigura o oxigenare satisfăcătoare.

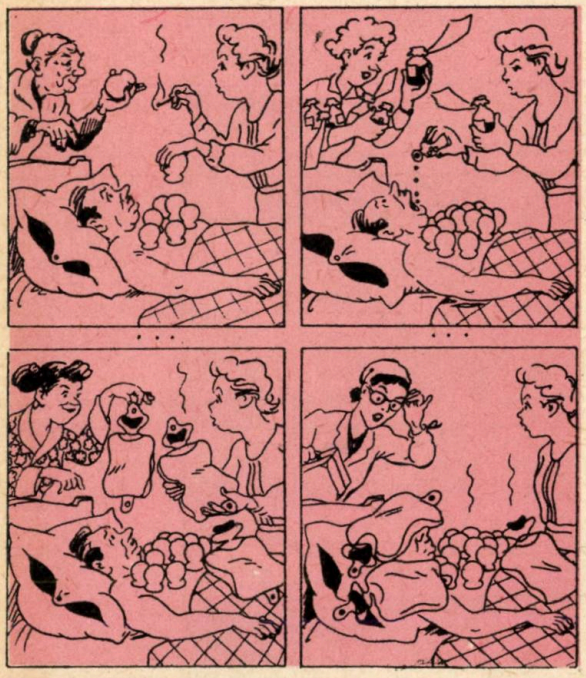
Este necesar, în primul rînd, să se asigure organismului o viaţă în aer curat, lipsit de gaze toxice, de praf şi fum, prin aerisirea camerelor de locuit şi a locului de muncă. Mişcarea în aer liber, sportul, antrenează respiraţia, obişnuiesc organismul cu efortul, îi cresc randamentul muncii.

Respiraţia normală trebuie făcută pe nas, deoarece în felul acesta aerul inspirat este încălzit, umezit şi curăţit de cea mai mare parte din impurităţile sale. Respiraţia pe gură este nesănătoasă şi, mai ales la copii, trebuie tratată şi suprimată cauza care o provoacă.

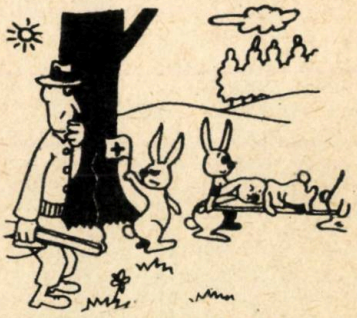
În sfîrşit trebuie evitate cauzele care duc la îmbolnăvirea aparatului respirator, dintre care cele mai importante sînt expunerile la frig şi umezeală, fumatul, neglijarea îmbolnăvirilor uşoare (bronşite, guturaiuri). Trebuie de asemenea tratate bolile de inimă şi anemiile, al căror rol vătămător a fost expus mai sus.

În rezumat trebuie spus că toate procesele vitale, viaţa însăşi, se desfăşoară cu energia arderilor produse de oxigen. El este luat din atmosferă prin respiraţie, transportat prin sînge la ţesuturi, unde este utilizat. De buna îndeplinire a acestor funcţii depinde viaţa şi sănătatea omului, al cărui prim şi ultim act este o respiraţie.

UMOR SOVIETIC

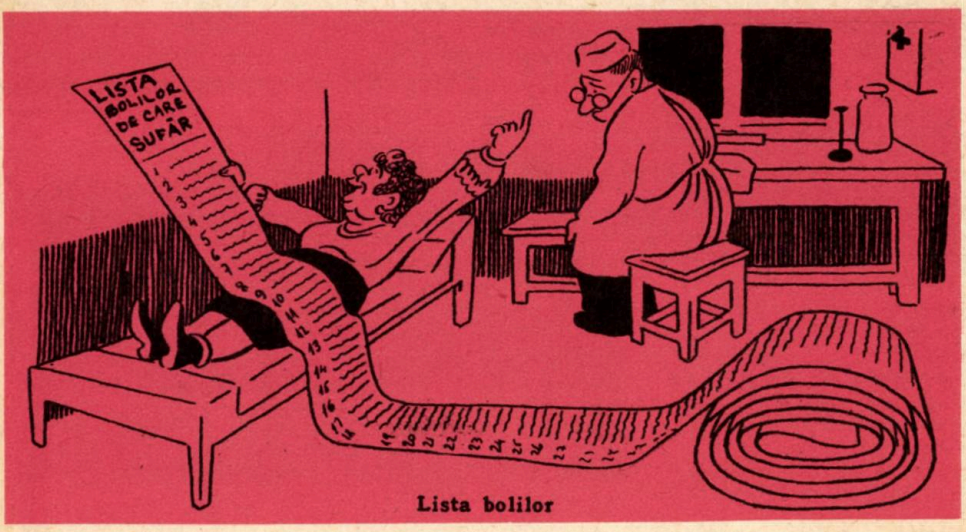


Patru consultații.

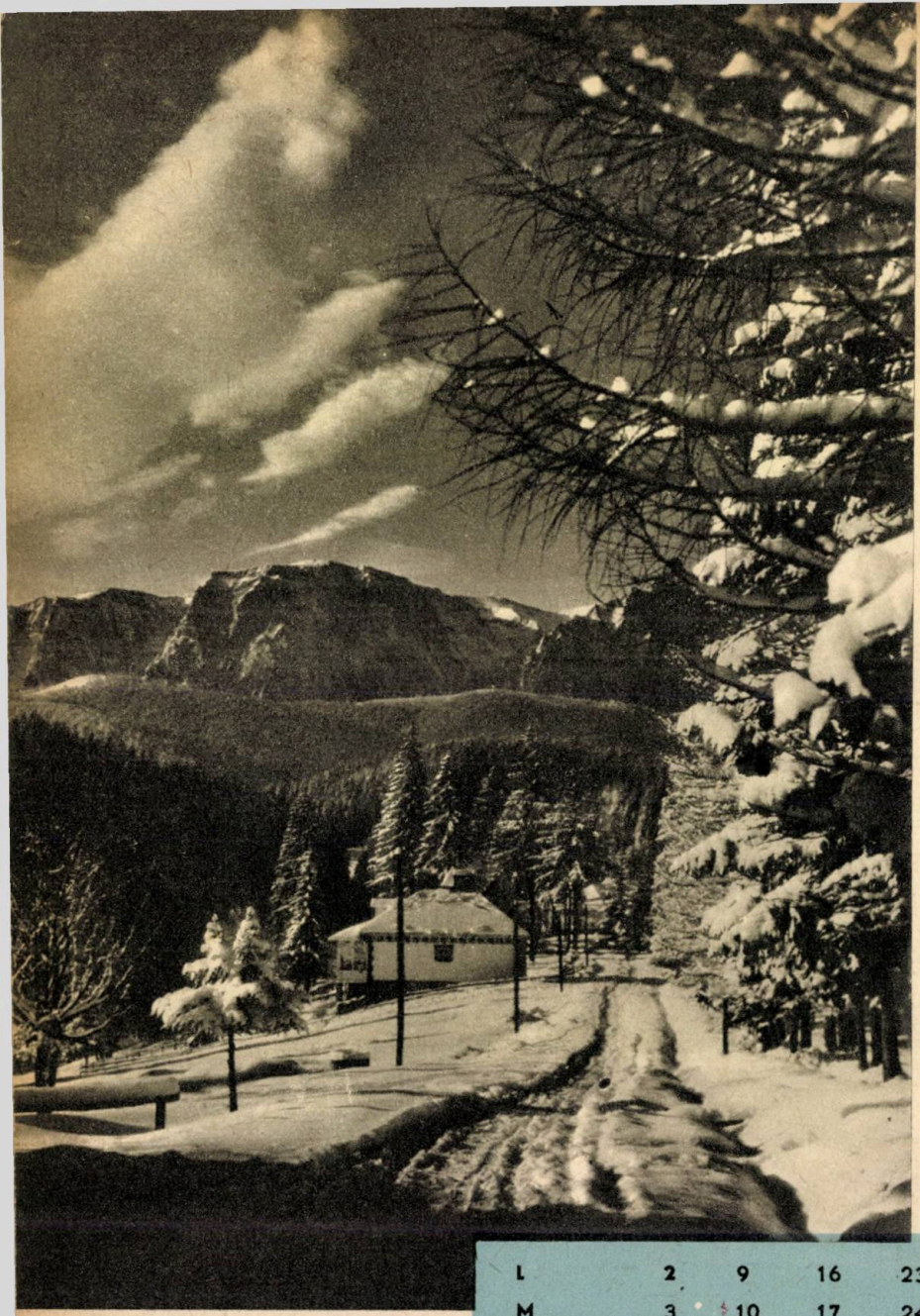


Primul ajutor la iepuri.

Primul ajutor în Egipt.



Lista bolilor



Ianuarie

L		2	9	16	23	30
M		3	10	17	24	31
M		4	11	18	25	
J		5	12	19	26	
V		6	13	20	27	
S		7	14	21	28	
D	1	8	15	22	29	

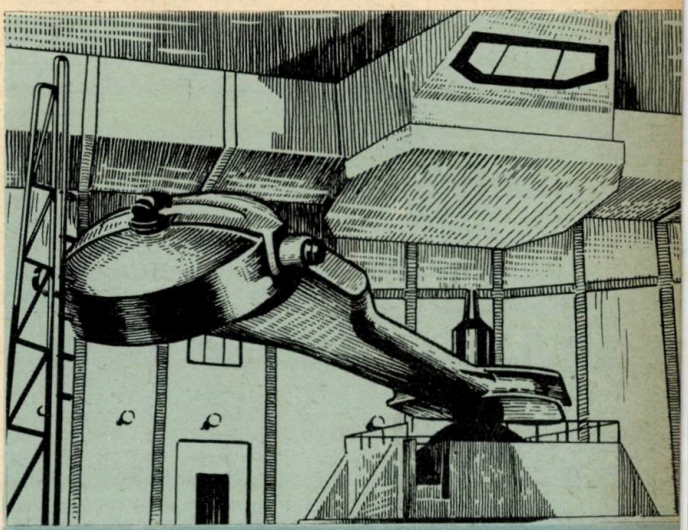
MEDICINA COSMICĂ

O RAMURĂ MODERNĂ A MEDICINEI

Cînd generaţiile viitoare vor caracteriza progresele fantastice realizate de ştiinţa şi tehnica din secolul XX îl vor arăta ca secolul în care omul a pătruns pentru prima oară misterele microstructurii materiei şi a pătruns în spaţiul cosmic.

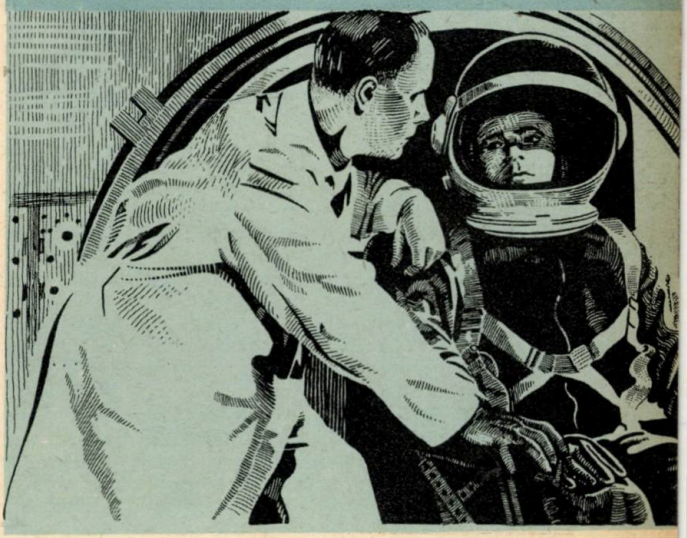
Cunoaşterea nucleului atomic şi realizarea reacţiilor nucleare s-a făcut în cursul ultimilor 30 de ani; pătrunderea în cosmos a avut loc la 4 octombrie 1957 cînd Uniunea Sovietică a lansat primul satelit artificial al pămîntului. Din această zi studiul spaţiului cosmic progresează într-un ritm rapid şi gigantic şi se întrevede momentul cînd omul însuşi va călători în cosmos. Aceasta este totodată o experienţă ştiinţifică complexă şi plină de responsabilitate care va cere primilor cosmonauţi o muncă îndîrjită, cunoştinţe întinse, o rezistenţă maximă, un spirit inventiv în timpul zborului şi o preparare lungă şi minuţioasă a savanţilor şi inginerilor.

Pentru realizarea zborului cosmic al omului se lucrează intens la rezolvarea unor probleme esenţiale ca: făurirea de rachete cosmice capabile de a înfrînge atracţia terestră, să garanteze securitatea omului în timpul zborului şi să se realizeze întoarcerea fără piedică pe pămînt. Lansările rachetelor cosmice şi ale sateliţilor, în special lansarea ultimului vas satelit sovietic, cu o greutate de 4,6 tone, la 19 august 1960 ca şi reîntoarcerea pe pămînt la 21 august a cabinei cu cei doi cîini Belka şi Strelka, care au suportat călătoria în foarte bune condiţiuni, împreună cu celelalte animale şi plante, ne arată clar că Uniunea Sovietică este pe cale de a rezolva cu succes trimiterea omului în cosmos cu garanţia reîntoarcerii.



Cabină centrifugă de experienţă în care se realizează exact condiţiile de lansare a rachetei.

Cabină de experienţă în care viitorul astronaut va petrece 2 săptămîni pentru antrenări.



S-a creat astfel posibilitatea zborului rachetelor după un program prevăzut, lansarea lor cu o mare precizie pe o orbită fixată, s-a stabilit legătura prin radio la sute de mii de kilometri distanţă, ca şi transmiteri televizate din interiorul cabinelor cosmice, s-a creat un sistem de alimentaţie energetică, un sistem de orientare a vasului în spaţiul cosmic etc.

Zborurile în spaţiul cosmic au pus probleme deosebite în ce priveşte prepararea şi adaptarea omului ca organism biologic la condiţiile noi şi complexe ale zborurilor interplanetare.

Prin dezvoltarea aviaţiei cu zbor la mari altitudini au fost obţinute o serie de date fiziologice importante. În astronautică, însă, se dezvoltă noi traume asupra organismului, care suferă efectele reducerii presiunii atmosferice, ale marilor şi bruştelor accelerări, reacţiile la starea de lipsă de greutate şi la izolare prelungită. În laboratoare complex utilate se poate verifica în camere speciale rezistenţa organismelor piloţilor şi membrilor echipajului care vor zbura în condiţiile lipsei presiunii atmosferice.

În zborul către lună, omul nu poate sta nemişcat, legat de scaun, ci trebuie să aibă posibilitatea de a se mişca şi de a desfăşura o activitate vitală. Cabinele trebuie să aibă în afară de o capacitate suficientă, aparatură specială pentru reglarea automată a temperaturii, umidităţii, compoziţiei şi presiunii gazelor.

Cabina e echipată cu un sistem de regenerare a aerului (îmbogăţirea aerului în oxigen şi eliminarea acidului carbonic) şi un sistem de reglare termică.

Experienţa lansării celui de-al doilea sputnik sovietic a arătat că Laika, prima căţeluşă care a intrat în cosmos, a suportat bine, atît acceleraţia enormă, cît şi vibraţiile şi zgomotul agregaţilor rachetei la start.

Acţiunea prelungită a acceleraţiilor, rezultat inevitabil al plecării şi aterizării astronavei, constituie un obstacol serios pentru zborurile cosmice.

Creşterea brutală a vitezei cu accelerare maximă în minimum de timp, face ca sîngele în corpul astronautului să fie la fel de greu ca mercurul, iar organismul să atingă o greutate mai mare de o tonă. Vasele sanguine, în special cele ale retinei sau altor organe esenţiale se pot rupe cu mare uşurinţă. În laborator aceste condiţii se creează prin centrifugarea astronautului într-o cabină cu vid. Această cabină ermetic închisă are formă sferică şi se roteşte cu 360° într-un plan dispus în axul longitudinal al navei cosmice. Centrul de greutate al cabinei este astfel dispus încît la orice modificare de direcţie, să se orienteze în aşa fel, încît acceleraţia să acţioneze numai în sensul torace-spate, evitîndu-se astfel acţiunea unor acceleraţii dăunătoare organismului în sensul cap-inimă.

Sub influenţa acceleraţiei puternice la start, corpul este apăsat puternic către spetează, care din această cauză trebuie să fie moale şi elastică.

Reacţiile organismului sînt înregistrate prin diferite aparate de semnalizare şi măsură, legate de corpul astronautului. Un aparat de televiziune reproduce toate reacţiile feţei în perioada de mărire a greutăţii. Astfel, după accelerare, astronautul îşi pierde cunoştinţa după 5 secunde, revenindu-şi ulterior. În zborurile de durată, viteza de reacţie este de minimum 1,5 secunde, timp în care nava cosmică parcurge 12—15 km. O altă dificultate constă în faptul că în spaţiile mari se pierde orice simţ de orientare, prin dispariţia senzaţiei de profunzime, întrucît nu pot fi apreciate dimensiunile, distanţele şi vitezele relative ale altor corpuri. Aceste insuficienţe relative de percepţie şi interpretare trebuie compensate prin aparatură specială, care să asigure viteza necesară de reacţie, în timp util, pentru conducerea navei cosmice.

După solicitarea puternică la start, apare lipsa de greutate. Pentru un timp pilotul pierde orientarea în spaţiu şi de aceea este necesar ca în perioada iniţială să fie legat de scaun. Anihilarea greutăţii este constantă în zborurile în spaţiu. Ea poate cauza tulburări ale sistemului nervos.

S-a stabilit că omul e dezorientat şi coordonarea mişcărilor sale e tulburată. Lichidele încetează de a mai curge şi praful nu se mai depune. Atrofia muşchilor se poate manifesta în condiţiile lipsei de greutate şi sînt necesare exerciţii fizice regulate.

Trebuie avută în vedere problema asigurării cu apă, alimente, oxigen. Într-un an omul consumă 2 tone de apă şi alimente. Administrarea alimentelor sub formă de tablete nu satisface necesităţile de volum ale intestinului. Capătă astfel importanţă diferitele alge crescute în mod artificial, aşa cum arată cercetătorii sovietici, alge care conţin toate principiile nutritive necesare organismului. Regenerarea aerului poate fi făcută chimic sau biologic cu ajutorul unor alge

Reîntoarcerea pe pămînt trebuie de asemenea să fie făcută treptat, fie prin paraşutarea automată a cabinelor ermetice, fie cu agregate cu reacţie care frînează viteza navei cosmice. Aici mai intervine problema încălzirii puternice şi necesităţii răcirii cabinei.

Frînarea sateliţilor cu oameni la bord trebuie să se opereze în mod gradat pentru a nu provoca supraîncărcări de nesuportat sau vibraţiuni nocive. Vasul cosmic trebuie să aterizeze în locul precis care i-a fost ales prin dirijare de pe pămînt aşa cum s-a realizat.

Conform programului de cercetări, pe vasul satelit sovietic o cabină de 2,5 tone a fost separată la semnal şi un dispozitiv de frînare a acţionat cu succes, readucînd pe pămînt cabina ermetică la lansarea din august 1960.

În timpul zborurilor în spaţiu este bine cunoscută depresiunea, starea de apatie a echipajului. Ia naştere un complex creat de teama de necunoscut, de insecuritate, cu sentimentul ruperii de pămînt şi de oameni, de societate. În cabinele speciale unde sînt reproduse condiţiile de viaţă dintr-o rachetă, viitorul astronaut este instalat confortabil, hrănit cu alimente concentrate, cu condiţiile sanitare posibile local, deci limitate, şi supus unei presiuni atmosferice uşor diminuate. Spre exemplu, în ziua a 12-a izolarea cauzează o tensiune nervoasă extremă, omul este supus halucinaţiilor şi deseori este tentat de a apăsa întrerupătoarele de salvare pentru a înceta experienţa. După 15 zile de întrerupere a legăturilor cu lumea exterioară, în care timp este supravegheat medical prin televiziune şi aparatura care transmite toate reacţiile, se cercetează activitatea creierului prin electroencefalograf. Viitorul astronaut este pus apoi să execute operaţii simple: se comandă apăsarea pe butoane determinate sau manipularea unor anumite manete. Se apreciază capacitatea de adaptare după precizia şi viteza reflexelor.

Studiul se continuă asupra efectelor zgomotului, vibraţiilor radiaţiilor, asupra problemelor de igienă şi hrană.

Desigur că organizarea adaptărilor fiziologice ale organismului în noile condiţii ale zborului cosmic pune probleme foarte importante care sînt posibil de rezolvat.

Uniunea Sovietică care a deschis calea cosmosului pentru toată umanitatea urmăreşte cu succes aceste obiective exclusiv ştiinţifice şi paşnice, ce constituie o etapă inevitabilă a progresului şi a evoluţiei viitoare a societăţii omeneşti. Aceasta e începută nu în mod întîmplător de marea ţară a socialismului, fapt care confirmă o dată mai mult măreţele victorii ale ştiinţei şi tehnicii sovietice. Dezvoltarea impetuoasă şi realizările epocale realizează aforismul lui Tiolkovski că planeta noastră este leagănul inteligenţei dar nu se poate trăi în fond mereu în leagăn.

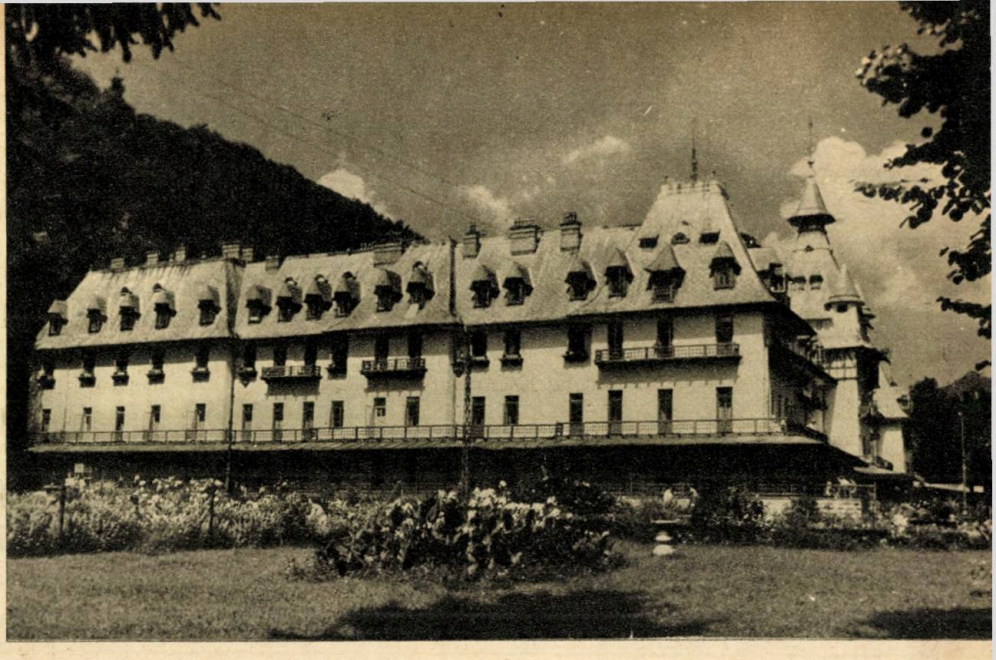
EFECTELE ACCELERAȚIEI RAPIDE DATORITĂ LANSĂRII

EXPRESIE NORMALĂ A FIGURII ÎNAINTE DE ÎNCEPEREA EXPERIENȚEI

GREUTATEA CORPULUI CREȘTE DE 6 ORI, FAȚA SE LUNGEȘTE ÎN JOS

ASTRONAUTUL ÎȘI PIERDE CUNOȘTINȚA TIMP DE 5 SECUNDE

CĂLIMĂNEȘTI



Stațiune balneo-climaterică permanentă, situată în regiunea Pitești, raionul Loviștea, pe valea Oltului, la nord de Rîmnicul Vîlcea. Stațiunea Călimănești se află la o altitudine de 260 m, între dealuri împădurite, în climat subalpin, cu variații atmosferice nu prea mari și nici prea bruște, temperatura medie anuală fiind de 9°,7, iar în timpul verii de 19°,1. Precipitațiile atmosferice sînt mai abundente spre sfîrșitul primăverii, cu o medie anuală de 705 mm.

Factorii terapeutici sînt reprezentați, în afară de climatul de cruțare, de o serie de izvoare cu ape sulfuroase, cloruro-sodice, calcice, magneziene, de diferite concentrații, care se utilizează, fie în cură internă (izvoarele Păușa 1 și 2, Căciulata 7, 8 și 6), fie în cură externă, sub formă de băi (izvoarele 9, 10 11 și 12).

În stațiune există numeroase instalații de cură, ca buvete pentru cură internă, instalații pentru băi calde cu apă minerală (căzi și 2 bazine pentru kinetoterapie), instalații pentru băi de acid carbonic artificial, ștrand pe malul Oltului pentru aeroterapie și helioterapie, instalații de fizioterapie, instalații pentru inhalații și aerosoli, sală de cultură fizică medicală.

Stațiunea este indicată pentru bolnavii cu afecțiuni ale tubului digestiv și ale glandelor anexe, afecțiuni ale rinichilor și căilor biliare, boli profesionale, afecțiuni ale aparatului locomotor, afecțiuni ale sistemului nervos periferic.

ȘTIAȚI CĂ...

...primele izvoare de apă minerală de la Călimănești au fost descoperite în jurul anului 1830? Cel dintîi proprietar al izvoarelor a fost diaconul Gheorghe, care le stăpînea ca emboticar (concesionar) de la Nectarie, egumenul mînăstirii Cozia. Izvoarele au fost apoi exploatate de arendași, iar mai tîrziu de mînăstirea Cozia, pînă la secularizarea averilor mînăstirești.

...apele de la Călimănești au fost prezentate în colecția apelor minerale la expoziția de la Viena în 1873?

...din anul 1910, guvernul burghezo-moșieresc din acea vreme a concesionat stațiunea pe termen de 50 de ani societății capitaliste „Govora-Călimănești", care nu a făcut altceva decît să stoarcă profituri cît mai mari de la bolnavi?

...după naționalizare, statul democrat-popular a refăcut și construit numeroase case de odihnă și sanatorii, le-a mobilat cu mobilier modern, iar instituțiile medicale cu aparate noi medicale? Au fost captate izvoare minerale noi, stațiunea devenind un loc de odihnă și tratament accesibil oamenilor muncii.

Igiena muncii în mine

În țara noastră dezvoltarea industriei miniere este în plin avînt. Creșterea bazei energetice, precum și necesitățile industriei siderurgice va cere creșterea extracției de cărbuni la un nivel de 11,5—12,5 milioane tone, în conformitate cu sarcinile planului de dezvoltare a economiei naționale pe anii 1960—1965, aprobat de Congresul al III-lea al Partidului Muncitoresc Romîn.

Paralel cu dezvoltarea industriei miniere prin grija Partidului și Guvernului s-au realizat însemnate îmbunătățiri ale condițiilor de muncă din mine, concomitent cu îmbunătățirea asistenței medicale, ceea ce a dus la scăderea continuă a morbidității. Instalațiile speciale de ventilație, introducerea iluminatului electric, organizarea de puncte medicale în interiorul minei, asigurarea cu îmbrăcăminte de protecție a tuturor minerilor, introducerea perforajului umed, constituie realizări importante care dovedesc grija pe care statul nostru o manifestă pentru sănătatea oamenilor muncii.

Este necesară însă respectarea tuturor acestor măsuri menite să prevină apariția bolilor determinate de modul și condițiile de muncă din mine. Să vedem care sînt condițiile de muncă și în ce mod ele pot influența starea de sănătate a minerilor. Printre condițiile de muncă din mine care influențează starea organismului, cele mai importante sînt reprezentate de condițiile meteorologice, praful și gazele toxice.

Condițiile meteorologice din mină, adică temperatura, umiditatea și curenții de aer, sînt variabile de la mină la mină și chiar de la un loc de muncă la altul al aceleiași mine. În unele mine adînci și în special vara, temperatura aerului poate fi de 25° și mai mult, pe cînd în alte mine și îndeosebi iarna, temperatura poate fi scăzută: 8 — 14°. Aceasta depinde de regiunea geografică a bazinului minier, de caracteristica zăcămîntului minier, de adîncimea minei etc. Dar chiar în aceeași mină, în abataj, temperatura poate fi ridicată, iar pe galerii și gura puțului, temperatura poate fi scăzută.

Umiditatea aerului este de obicei ridicată: 80—90%, iar în abataje poate ajunge chiar la 95—100%. Aceasta face ca în locurile de muncă cu temperatură scăzută să se favorizeze răcirea organismului, iar în abatajele cu temperatură ridicată să nu permită organismului încălzit de efort să se răcorească (să piardă căldură) prin evaporarea transpirației. Curenții de aer, dacă au viteze mari și temperatura este scăzută, contribuie și ei la răcirea organismului, iar absența lor, în abatajele „calde", nu ajută la răcorirea minerilor.

Prima haină de protecție.

Centrul de prim ajutor în mină.

Rezultă că aceste condiţii meteorologice pot favoriza apariţia unor îmbolnăviri. În condiţiile noastre se observă rar boli datorite supraîncălzirii, dar munca în condiţii de temperatură ridicată duce la o înrăutăţire a stării generale şi a stării funcţionale a sistemului nervos central, deci la apariţia mai rapidă a oboselii şi astfel scade productivitatea muncii.

Răcorirea organismului s-a putut realiza prin mărirea vitezei aerului, fie prin mărirea cantităţii de aer introdus pe galerii, fie prin micşorarea secţiunilor căilor aeriene.

În anumite cazuri s-au instalat la locurile de muncă ventilatoare pentru mărirea locală a vitezei aerului.

Mai frecvent se observă boli datorită răcirii organismului (aşa-zisele boli „a frigore") în perioada rece a anului. Acest lucru se explică prin marile variaţii de temperatură la care sînt expuşi minerii, cînd încălziţi şi transpiraţi, uneori cu hainele ude, se întorc la puţul minei (de la 17—25° şi mai mult în abatajele frontale, pînă la minus 3—5° în puţul minei, cu o mărire a vitezei curenţilor de aer), deci sînt supuşi unei răciri bruşte. Deosebit de mare este pericolul răcelii în dreptul puţului, în momentul aşteptării coliviei pentru ascensiunea la suprafaţă şi în momentul ieşirii la temperatura joasă de la suprafaţă. Pentru a evita variaţiile bruşte de temperatură este necesar ca în anotimpul rece al anului să se încălzească aerul introdus în mină. Pe lîngă aceasta, se poate reduce într-o măsură considerabilă pericolul de răceală prin folosirea garderobei subterane pentru păstrarea hainelor călduroase, lîngă camera de aşteptare a ascensorului, de unde pot fi luate de mineri uscate şi calde.

Igrasia şi umiditatea aerului creează condiţii favorizante pentru bolile reumatismale. Printre măsurile care au drept scop să reducă umiditatea aerului în mine se citează o bună canalizare minieră, evitarea picurării de apă în puţul prin care este introdus aerul, construirea de dispozitive de protecţie din tablă, sub formă de umbrele, pentru captarea şi îndepărtarea apei de picurare, construirea şanţurilor de scurgere a apei din beton, cît mai înguste şi adînci, deci cu cît mai mică suprafaţă de evaporare a apei şi acoperirea acestor canale.

În timpul efectuării lucrărilor miniere şi transportului se degajă o cantitate importantă de praf de cărbune sau provenind din rocile sterile. Particulele mici, care sînt şi cele mai periculoase, plutesc aproape tot timpul în aer. Dacă se găseşte în aer într-o cantitate importantă, praful irită ochii, căile respiratorii superioare, putînd favoriza apariţia de conjunctivite, bronşite etc. Acţionînd asupra plămînilor produce anumite boli pulmonare numite pneumoconioze. Praful de cărbune produce antracoza. Dar deosebit de gravă este pneumoconioza produsă de praful dur şi colţuros de bioxid de siliciu: silicoza. Pentru prevenirea acestei boli este deosebit de importantă micşorarea conţinutului de praf din aer.

Aceasta se face prin perforajul umed (cu apă sau mai bine soluţii de săpun naftenic, clorură de sodiu etc.) sau prin aspirarea prafului cu ajutorul aspiratoarelor locale. La noi în ţară, în anii regimului democrat-popular, perforajul umed a fost introdus şi extins în multe mine, în special în bazinul minier Baia Mare, astfel încît riscul de silicoză a scăzut mult.

Pentru sănătatea minerilor o importanţă deosebită prezintă şi calitatea aerului, determinată de compoziţia lui chimică, adică de conţinutul lui în oxigen şi impurificarea (vicierea) cu gaze toxice. Scăderea conţinutului în oxigen a aerului se datoreşte acumulării bioxidului de carbon şi metanului. Acesta se întîlneşte cel mai adesea în galeriile în fund de sac. Dar metanul, în afara faptului că prin acumularea mai mare a sa poate produce sărăcirea aerului în oxigen, poate produce explozii. Măsura elementară pentru prevenirea morţii prin asfixie constă în urmărirea calităţii aerului cu ajutorul lămpii de benzină. Flacăra normală a lămpii de benzină se modifică în prezenţa gazului metan în mod caracteristic, iar în cazul cînd conţinutul în metan continuă să crească (pînă la 6%, ceea ce corespunde unei

scăderi a conținutului de oxigen pînă la 19,4%) flacăra se întinde, începe să pîlpîie, după care, fie că se stinge, fie că aprinde gazul metan. Dacă există un aflux de gaz, flacăra continuă să ardă sub rețeaua lămpii cu o flacără albastră (în acest moment, pentru evitarea exploziei, este necesar să se coboare încet lampa și să fie stinsă, acoperind rețeaua cu hainele). Deci lampa de benzină se stinge cu mult înainte de momentul în care scăderea oxigenului a atins un prag periculos pentru viață. Sînt cunoscute cazurile cînd oamenii au murit în galeriile în fund de sac, pentru că în abataje nu au existat lămpi cu benzină. De aici rezultă necesitatea ca munca în mină să se execute numai dacă în fiecare loc de muncă există o lampă cu benzină.

Vicierea aerului se face de obicei cu oxid de carbon și oxizi de azot. Gazele apar după pușcare, în concentrații mărite. Intrarea în abataj înainte de aerisirea rațională a galeriilor și abatajelor poate provoca intoxicații grave, chiar mortale. Durerea de cap și usturimile în ochi, în nas, pe bronhii care apar în abatajele unde s-a efectuat recent o pușcare sînt semne ale prezenței acestor gaze în aer.

Pentru menținerea calității aerului din mine se recomandă o bună ventilație naturală și mecanică.

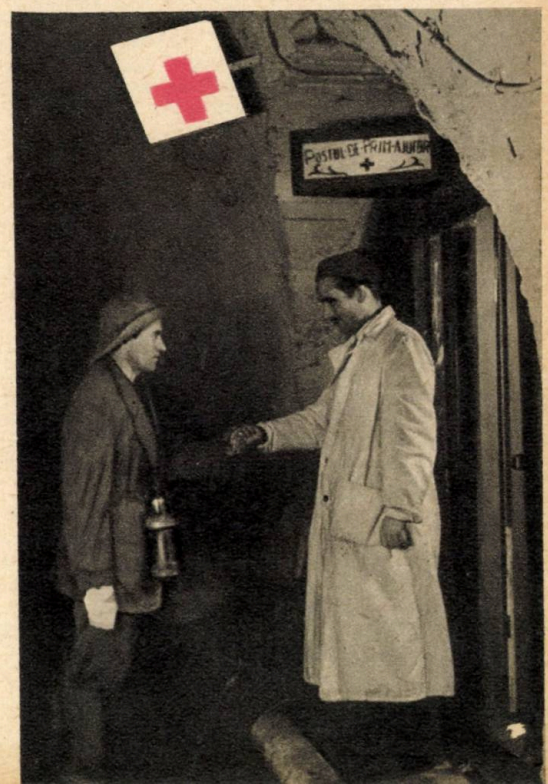
O altă problemă importantă de igiena muncii în mine este aceea a iluminatului suficient și rațional, care micșorează numărul accidentelor de muncă și previne o boală de ochi, mai rar întîlnită astăzi, nistagmusul minerilor.

În condiții de muncă în subteran, echipamentul de protecție (îmbrăcămintea specială, încălțămintea specială, ochelarii de protecție, măștile contra prafului și de gaze) trebuie să satisfacă următoarele cerințe fundamentale: să protejeze împotriva variațiilor bruște meteorologice, împotriva udării picioarelor și a întregului corp, împotriva leziunilor produse de părțile în mișcare ale mecanismelor din mină, de curentul electric, împotriva prafului și a gazelor toxice, împotriva contuziilor și plăgilor. Fiecare muncitor întrebuințînd și păstrînd corect echipamentul de protecție va contribui la prevenirea a numeroase boli și accidente.

Aprovizionarea minerilor cu apă potabilă constituie de asemenea o importantă problemă de igienă, pentru prevenirea bolilor infecțioase gastro-intestinale. În mod practic alimentarea se face cu bidoane, pentru cei din abataje și din butoaie și tancuri mici, de utilizare comună, pentru restul muncitorilor. În minele cu temperatură ridicată, se distribuie apă sărată carbo-gazoasă. În fiecare mină se organizează stații pentru apă potabilă care să aibă posibilitatea de clorinare a apei (sau pentru fierberea și răcirea ei), de sterilizare și umplere a bidoanelor cu apă potabilă, de fabricare a apei sărate carbo-gazoase. O atenție deosebită se acordă instalării closetelor subterane, întreținerii lor igienice și curățirii lor. Neutilizarea lor duce la răspîndirea infecțiilor gastro-intestinale și a viermilor intestinali.

La suprafața minei sînt instalate băile și vestiarele, cu circuitul minerilor bine precizat (vestiar haine de zi, băi, vestiar haine de lucru). În asemenea blocuri sanitare se procedează uneori și la iradierea muncitorilor cu raze ultraviolete, care duce la întărirea organismului și creșterea capacității de muncă.

Dispensar subteran



ÎN TOATE DIRECȚIILE

Trenul sanitar.

Printre miile de trenuri, acesta are un inedit și o poveste numai a lui. În 1948 vagoanele mai stăteau pe o linie secundară, goale, avariate de explozia bombelor, tragică amintire a anilor de război. Iată-le acum, iarăși noi, strălucitoare, șerpuind pe linii, încolăcindu-se pe cîmpii, coborînd lin în văi sau despicînd în urcuș inima munților. Opririle trenurilor obișnuite în gări se reduc la minute. Trenul despre care vă vorbim își calculează staționarea în zile. Fiecare tren indică o rută anumită, constantă, socotindu-și kilometrajul între capete de linii bine definite. Trenul sanitar străbate toate direcțiile: cei 6 500 km parcurși s-au răsfirat de-a lungul și de-a latul țării. Un tren oarecare este populat de 700—800 de călători. Trenul sanitar are numai 30 de pasageri. Costumul de voiaj al majorității — halatul alb și boneta.

Un bărbat tînăr, purtînd aceeași uniformă, consultă ceasul cu oarecare nervozitate. Au mai rămas 30, 20, 10,5 minute. Cu fiecare oprire, cu fiecare gară doctorul Lucian Godeanu, conducătorul policlinicii pe roate, încearcă aceeași emoție. Fără excepție, trenul este așteptat cu nerăbdare și bucurie. Și nu poți bănui ce ai să găsești nou, dacă ai să-i afli însănătoșiți pe pacienții consultați în călătoria anterioară.

Un scrîșnet de osii, un ultim gîfîit al locomotivei și trenul se oprește în gara Adjud. Lucian Godeanu coboară sprinten din vagon urmat de încă zece medici. Pe peron (de fapt nu este nici o surpriză, s-au obișnuit cu asemenea primiri) ceferiștii adjudeni îi primesc în poziție de drepți, cu mîna la chipiu. Și totuși scena n-are nimic milităresc: este un semn de respect și prețuire. Sînt aci rude ale greviștilor din 1933, sînt fiii și nepoții celor care pe vremuri, supuși mereu curbelor de sacrificiu, dădeau un înspăimîntător procent de bolnavi și morți. Acum statul le trimite o întreagă policlinică aici, la locul de muncă, să le apere sănătatea, *să-i oblige* a se prezenta în fața oamenilor în alb.

Șeful gării face un pas înainte.

— Bine ați venit!

— Bine v-am găsit! Sîntem la dispoziția dumneavoastră...

— Chiar acum? Să vă odihniți puțin. Să vă treacă oboseala...

— Ne-am odihnit la București o lună. Ajunge!

— Bine... Hai băieți, treceți la rînd.

Trenul a fost tras între timp pe o linie secundară. Ceferiștii se aliniază în ordine alfabetică. Încep consultațiile. N-are rost să vă conducem și pe dumneavoastră prin cele șapte vagoane cu specialitățile respective: radiologie, chirurgie, oto-rino laringologie, interne, laborator de analize. Totul dă imaginea unei policlinici stabile.

La 3 secții însă, dialogul între pacienți și medic este mai neobișnuit. Oto-rino-laringologul Lucian Godeanu, oftalmologul Marioara Lăbușcă și neurologul Gheorghe Tămășescu au o dublă răspundere: sănătatea ceferiștilor și siguranța călătorilor. Mecanicul Dan Voicu a încurcat de două ori culorile la cromatoscop. Deci, simțul cromatic mult slăbit. La optotipul electric a greșit citirea a 3 litere: acuitate vizuală defectuoasă.

— Nu mai poți rămîne, deocamdată, în munca asta, te recomand...

— Nu se poate. Eu sînt mecanic de locomotivă de 15 ani! Mi-e dragă meseria.

— Și dacă ai să încurci culorile la semnale? Îți dai seama ce s-ar putea întîmpla?

Transferul temporar îi va face, firește, numai bine lui Dan Voicu...

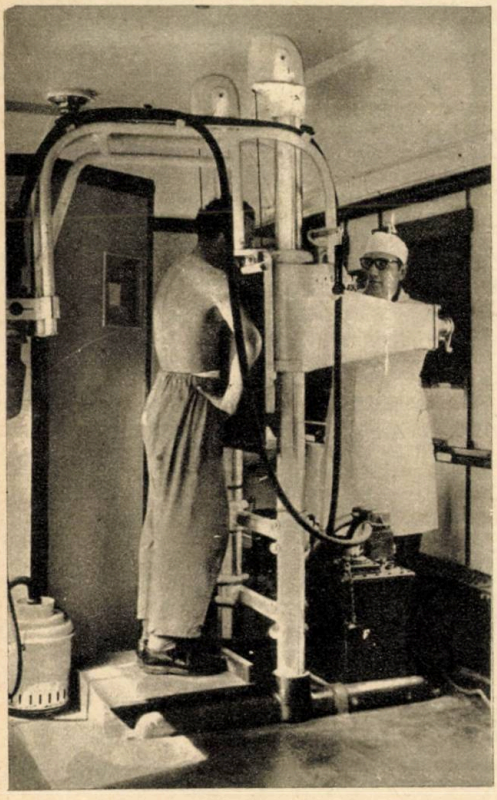
O tulburare nevrotică, un tremur al mîinilor şi frînarul Ion Stoica este recomandat de doctorul Tămăşescu pentru tratament şi control la medicul circumscripţiei.

La doctorul Godeanu pacientul rămîne cîteodată şi peste o oră. Auzul este doar simţul care reclamă atîta perfecţiune la un ceferist!

Controalele regulate, tratamentele indicate au redat multora capacitatea de a se întoarce la locomotivă, la frînă, la controlul liniilor. Cînd policlinica pe şine şi-a început lungile ei călătorii, avizul de incapacitate era de 10—12%. Acum a scăzut la 2—3%. Este o concluzie firească după 325 000 de consultaţii, după atîtea examene şi tratamente.

Călători neobosiţi (fără bilet de călătorie), oamenii în halate albe străbat mai departe drumurile ţării, oprindu-se în atîtea gări unde ceferiştii îi aşteaptă cu dragoste şi simpatie...

La policlinică? Nu! Într-un vagon al trenului sanitar.



Mozart

A murit datorită unui basedow?

La multiplele diagnostice considerate de un secol a fi cauza morţii premature a lui Mozart, mergînd de la otrăvire (la care se gîndea Mozart însuşi) la tifos exantematic, de la o insuficienţă renală acută la un reumatism complicat cu o meningită, medicul finlandez C.G. Sederholm a adăugat unul nou, acela de guşă exoftalmică. Autorul acestei ipoteze se bazează pe examenul amănunţit al unei serii de portrete ale lui Mozart şi pe studierea corespondenţei prietenilor săi şi a propriilor scrisori ale autorului. Către 1789 Mozart avea ochii globuloşi exorbitaţi, pielea feţei foarte întinsă. Oboseala, o slăbire progresivă, nervozitatea sa excesivă, neliniştea constantă, iritabilitatea au crescut permanent pînă la moartea sa. El şi-a păstrat însă luciditatea (a lucrat la Requiemul său pînă în ultimele zile), ceea ce contrazice o atingere meningeală. Edemele picioarelor şi mîinilor puteau fi datorite unei cardiotireoze sau unei insuficienţe renale.

De amintit că Graves, apoi Basedow nu vor „descoperi" această boală decît către 1835, prima descriere fiind datorită englezului Parry, în 1782.

medicina și arta plastică

Investigațiile medicilor și ale artiștilor plastici din toate timpurile s-au întîlnit în repetate ocazii pe teritoriul comun al cunoașterii complexe a omului, și-au împrumutat rezultatele cercetărilor și au colaborat în sensul unor sinteze tot mai cuprinzătoare. Universale amîndouă, medicina și arta plastică au căutat totdeauna să cuprindă omul în întregimea sa, în toate aspectele construcției sale corporale, ale comportării sale și ale evoluției sale istorice.

Colaborarea medicinei cu plastica are un lung trecut: începuturile ei se pierd în timpurile îndepărtate, cînd observația empirică își căuta explicațiile și modurile de exprimare și transmitere, rătăcind la hotarul dintre cunoașterea onestă și șarlatanie. Din aceste începuturi datează primele reprezentări plastice ale bolilor. Aceste documente, sub veșmîntul lor de simboluri și elucubrații, lasă să se întrevadă un fond rudimentar, un sediment de cunoaștere exactă, exprimat adeseori cu un puternic realism și cu o uimitoare precizie.

Numeroase exemple de măști, provenite din toate colțurile pămîntului, create cu scopuri rituale, oferă impresionante reprezentări de faciesuri patologice, valoroase ca observație științifică și ca exprimare artistică. Bazate pe concepții mistice, ele nu au rezistat timpului decît prin interesul lor științific și artistic.

Eliberată de misticism, medicina a evoluat ca știință, aprofundîndu-și experiența în domeniul relațiilor cauzale ale fenomenelor și adoptînd în exprimare limbajul logic, dar legătura sa cu arta plastică, departe de a se desface, s-a consolidat pe un plan superior și pe baze cu mult mai durabile.

Evoluția morfologiei, numeroasele încercări de tipologie și interesul crescînd al studiului expresiei au ajuns să ofere domenii inepuizabile pentru eforturile creatoare ale unei medicine sau ale unei arte plastice bine întemeiate.

Începuturile anatomiei ca știință datorează mult artiștilor plastici, schemele tipologice sînt abstractizări bazate pe o bogată investiție de competență artistică, fără a mai vorbi despre problematica atît de complexă și pasionantă a expresiei omenești.

Uitarea și trecerea timpului nu au acoperit complet sclipirile de luciditate ale artiștilor vechi în probleme de cunoaștere. O piesă de bronz din Grecia veche, reprezentînd scheletul piciorului omenesc, arată preocupări de anatomie încă din antichitate.

Operele de artă ale preistoriei și antichității excelează prin documentarea lor riguroasă.

Mai tîrziu, studiile sistematice de anatomie ale maeștrilor Renașterii, îndeosebi ale lui Leonardo da Vinci, Michel Angelo sau Dürer, sînt exemple impunătoare de cunoștință de investigator și de curaj uman, într-o epocă

în care disecţia era pedepsită cu asprime. Astăzi, cînd anatomia se studiază la lumina zilei, în institute special dotate, mai poate un artist plastic să-şi permită a ignora o pregătire serioasă în domeniul morfologiei umane, fără riscul de a fi un om incomplet?

Marii creatori de opere durabile de artă plastică au exprimat prin opera lor consideraţia ce o aveau pentru cunoaşterea bine întemeiată a realităţii omeneşti şi nu o dată au accentuat aceasta şi prin alegerea tematicii.

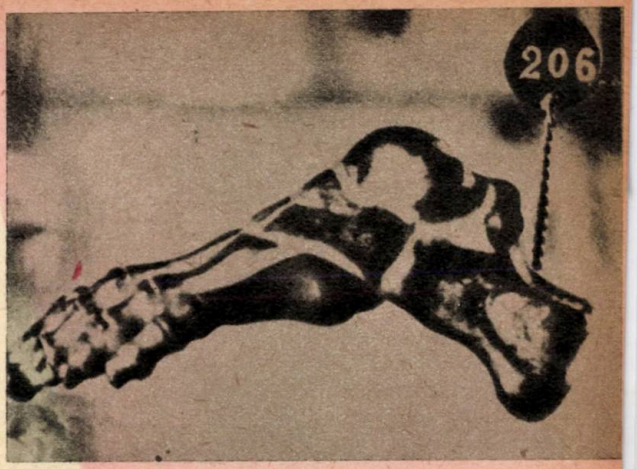
Unul din cele mai memorabile documente în acest sens, capodopera lui Rembrandt „Lecţia de anatomie", evocă un act solemn în cercetarea adevărului: călcarea tradiţionalului respect pentru corpul celui mort, prin actul dezgustător, dar necesar pentru ştiinţă, al disecţiei.

Subiectul este mai mult decît un simplu pretext de compoziţie, el consacră un moment în acţiunea de investigare a realităţii înconjurătoare şi a propriei noastre realităţi.

Dar conlucrarea medicinei cu plastica este departe de a se fi consumat cu aceste cîteva exemple din trecut.

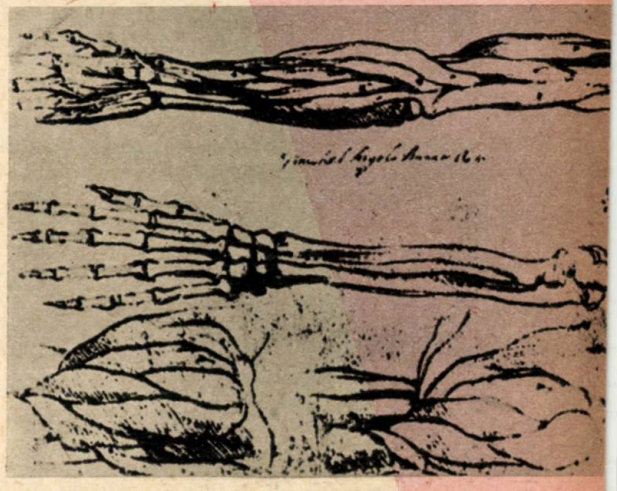
Arta realistă a zilelor noastre, căreia-i incumbă datoria de a cuprinde cît mai bine problemele omului, găseşte în aspectele muncii sanitare un bogat izvor de inspiraţie, pentru noi sinteze creatoare.

Lucrări ce se vor mulţumi să exprime ficţiuni se vor putea dispensa de cunoaşterea aprofundată (ca să nu spunem, chiar ştiinţifică) a omului, niciodată însă o reprezentare adevărată a frumuseţii umane nu se va putea face astfel.



Arta greacă. Bronz din secolul al V-lea î.e.n.

Dürer — Studiu de picior.



Michel Angelo — Studiu anatomic după cadavru.

LEGILE ȚĂRII PROCLAMA DREPTURILE MAMEI ȘI COPILULUI

În Romînia de ieri demnitatea femeii era călcată în picioare, iar copilul, lipsit de protecția statului, era lăsat pradă bolilor, mizeriei și exploatării.

Femeile erau cele mai asuprite dintre asupriți și copiii, departe de a fi obiectul grijii și ocrotirii statului, erau priviți ca cel mai ieftin material de exploatare.

La muncă egală cu a bărbaților femeile primeau salarii cu 40—50% mai mici. Nici vorbă ca ele să fie scutite de munci grele sau munci de noapte, iar cît despre anexe sociale de tipul creșelor sau al camerelor de igienă pentru femei, acestea erau plăsmuiri de vis.

Eliberarea țării noastre, înfăptuită la 23 August 1944, a pus capăt pentru totdeauna suferințelor și umilințelor întregului popor. Această dată a marcat, pentru femeile muncitoare, începuturile unei epoci noi de viață demnă, în care ea simte din plin mîndria de cetățeancă egală în drepturi, aprecierea de tovarășă prețuită în muncă și ocrotirea multilaterală a mamei.

În statul nostru de democrație populară, mama și copilul au dobîndit o poziție nouă, fundamental deosebită de trecut, atît în societate, cît și în rîndul familiei.

Constituția noastră enunță principiul în virtutea căruia femeia are drepturi egale cu ale bărbatului în toate domeniile vieții sociale, iar statul protejează căsătoria și familia, apără interesele mamei și copilului.

Prevederile Constituției R.P.R. sînt amănunțite într-o serie de legi speciale cu caracter social, sanitar, economic și cultural. Deosebit de cuprinzătoare sînt, din acest punct de vedere, Codul muncii și Codul familiei.

Codul muncii interzice repartiția femeilor la munci de noapte în întreprinderile industriale cu un specific mai greu de muncă. Pentru perioada gravidității, el prevede obligația trecerii femeii la munci mai ușoare, fără scăderea salariului. El interzice din luna a V-a de sarcină orice fel de muncă de noapte. Din luna a VI-a de sarcină femeile nu mai pot fi trimise în delegație decît cu propriul lor consimțămînt.

Codul muncii prevede că femeile salariate se bucură de un concediu de naștere plătit care însumează 112 zile (52 zile înainte de naștere și 60 de zile după naștere). Acest concediu poate fi prelungit în cazul nașterilor înainte de termen.

Mamele salariate beneficiază de concedii plătite şi pentru a-şi putea îngriji copiii bolnavi (sub 2 ani). Tuturor gravidelor şi lăuzelor, precum şi tuturor copiilor (sub 16 ani) le este asigurată gratuitatea asistenţei medicale ambulatorii (inclusiv medicaţia) şi a spitalizării. Sînt prevăzute sancţiuni penale pentru cei care refuză angajarea sau concediază femei datorită stării lor de graviditate.

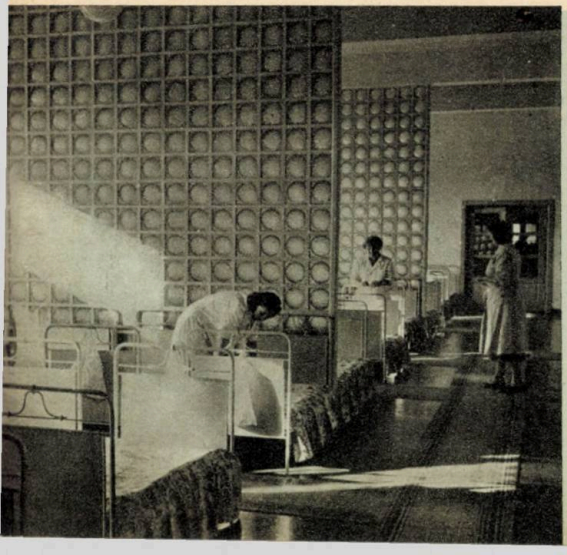
Codul familiei reglementează relaţiile de familie, punînd la baza lor prietenia şi afecţiunea reciprocă, obligaţia de ajutorare reciprocă sub aspect material şi moral. El garantează intervenţia protectoare a statului în relaţiile dintre soţi, ca şi în cele dintre părinţi şi copii, fie că este vorba de căsătorie sau divorţ, fie că este vorba de filiaţiune, înfiere, obligaţia de întreţinere, drepturile şi îndatoririle părinţilor faţă de copii, tutela minorului etc.

În acest cod este înscrisă, ca una din condiţiile de bază în încheierea căsătoriei, obligaţia informării reciproce a celor doi soţi asupra stării sănătăţii lor. Este interzisă de altfel încheierea căsătoriei atunci cînd sănătatea unuia dintre parteneri riscă să fie periclitată de boala celuilalt. Chiar dacă, prin neîndeplinirea formelor legale căsătoria este declarată nulă, copiii proveniţi dintr-o asemenea căsnicie îşi păstrează calitatea de legitimi, ca şi cînd căsătoria ar fi fost încheiată în mod valabil. Discriminarea pe care o făcea vechiul cod civil între copiii legitimi şi nelegitimi este complet lichidată în Codul familiei. Spre deosebire de situaţia de inferioritate socială evidentă în care erau puşi copiii nelegitimi în trecut, astăzi aceşti copii au, atît faţă de tatăl lor, cît şi în sînul societăţii, exact aceeaşi situaţie ca şi copiii legitimi. De altfel, astăzi nici mama singură şi nici copilul ei nu mai sînt supuşi oprobiului public, ci sînt ocrotiţi de lege şi ajutaţi de stat.

Codul familiei, prin multiplele sale prevederi, ajută la consolidarea familiei şi la dezvoltarea ei pe baze normale.

Codul muncii şi Codul familiei nu reprezintă singura legislaţie atribuită ocrotirii mamei şi copilului. Alte legi stabilesc ajutoarele economice pe care statul le dă familiilor numeroase şi mamelor singure (alocaţia de stat pentru copii, ajutorul de stat pentru copii etc.). Chiar şi legea chiriilor conţine dispoziţii care vin în ajutorul familiei şi copiilor. Decretul privind impozitul pe venit, decretul pentru fixarea impozitului agricol etc. prevăd reduceri de impozite pentru mame cu copii mici, pentru familii cu copii numeroşi etc. Aproape că nu există prevederi legale privind viaţa economică, socială, culturală sau sanitară a populaţiei care să nu cuprindă menţiuni speciale vizînd ocrotirea mamei şi copilului.

Cu drept cuvînt se poate spune că în Republica Populară Romînă ocrotirea mamei şi copilului este o problemă care se bucură, în cea mai însemnată măsură, de grija statului. Legile ţării proclamă drepturile mamei şi copilului, iar statul veghează ca ele să fie aduse la îndeplinire şi ca în spiritul lor să se desfăşoare întreaga operă de ocrotire a mamei şi copilului.



Februarie

L		6	13	20	27
M		7	14	21	28
M	1	8	15	22	
J	2	9	16	23	
V	3	10	17	24	
S	4	11	18	25	
D	5	12	19	26	

numai în 24 DE ORE

Ora 9: *în camera de gardă a maternității, o femeie tînără, palidă, cu ochii închiși și fruntea acoperită cu broboane mărunte de sudoare este așezată încet pe canapea. Simptomele sînt evidente: stare de șoc în urma unei hemoragii, dureri prenatale.*

Ora 9,15: *în cabinetul secretarului de partid dă buzna o fată cu obrajii îmbujorați și respirația întretăiată. Iulian Hac o privește mirat.*

— Ce-i Magda, tu nu ești în schimbul de după amiază?

— Ba da. Dar... s-a întîmplat o nenorocire. Și n-am putut răbda pînă la 14. Am venit cu un camion de la Georgmata. Ana Ebner a avut o hemoragie puternică. A luat-o din sat mașina salvării și a adus-o aici, la maternitatea din Timișoara. Tovarășe Hac, trebuie să facem ceva!

Hac tace. Încearcă să-și adune gîndurile. „Ana? Fata aceea harnică și inimoasă? Sfîrleaza aceea firavă dar cu zece vieți în ea? Ce-i de făcut?" Răsfoiește un caiet și formează apoi un număr de telefon.

— Alo, maternitatea! Aici este Fabrica de ciorapi „Ocsko Terezia". Ana Ebner, o fată a noastră, este la maternitate. Ce face? A născut? Cum se simte?

— Nu, n-a născut încă. Nu... se simte tocmai bine. A pierdut mult sînge...

— Doctore, este grav?

— Cum să vă spun... da, este destul de grav.

Ora 9,30: *Iulian Hac încearcă din nou să-și adune gîndurile. Mașinal și pripit își trece degetele prin păr: semn de încordare.*

— Magda, dă fuga, cheamă-l pe Milea, șeful de sector. Să vină neîntîrziat!

Ora 9,45: *Constantin Milea se află din nou în sala mare de tricotaj. Urcă cele cîteva scări și face un semn cu mîna. „Apropiați-vă, tovarășe! Vreau să... să vă spun..."*

Cuvintele cam încîlcite, chipul palid, atît de neobișnuit pentru acest bărbat, nedumeresc pe muncitoare. O femeie tînără se precipită printre rînduri: Cornelia Ardeleanu.

— Dar vorbește o dată, omule! Ce s-a întîmplat? Doar n-a venit sfîrșitul pămîntului...

— Anei Ebner îi este foarte rău. Se află acum la maternitate. A pierdut mult sînge. Am venit să mă sfătuiesc cu voi. Ce să facem pentru fata asta care a crescut sub ochii noștri și pe care am îndrăgit-o toți. Este în primejdie...

Vestea neașteptată, dureroasă, aduce cu sine, pentru cîteva clipe, o tăcere grea, copleșitoare. Barbara, una dintre cele mai vechi muncitoare se apropie de scări.

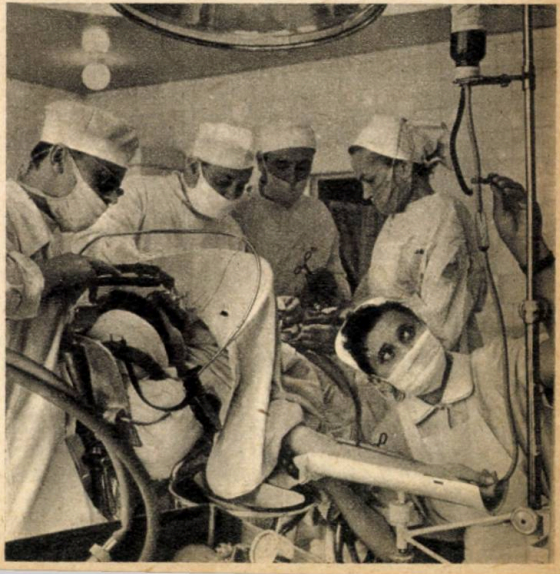
— Eu cred că dumneata ai un gînd anume. Spune-l. Ce avem de făcut? Spune mai repede, tovarășe Milea.

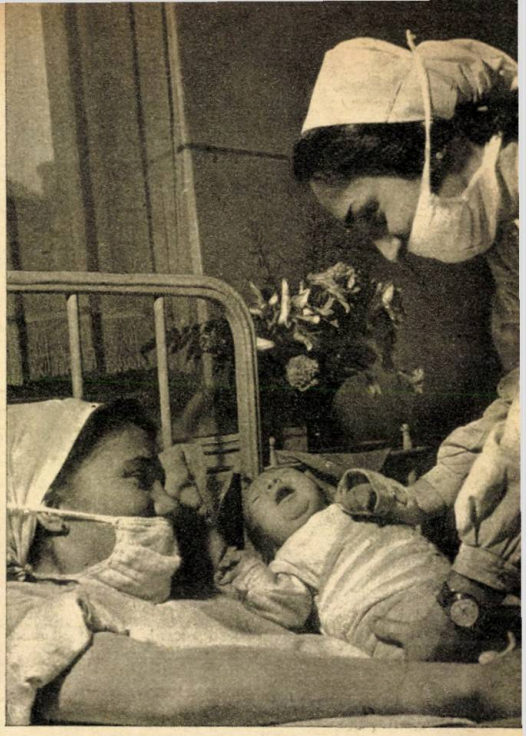
— Am telefonat la Centrul de transfuzii: nu duc lipsă de donatori, au rezerve. Dar m-am gîndit că și noi, pentru Ana, pentru viața ei... să dăm și noi cîte un strop din viața noastră.

Ca la un semn nevăzut, tăcerea se risipește. „Să mergem! Ce mai așteptăm?" „Ne înlocuiți voi la mașini pînă venim?" „Firește, nu mai pierdeți timp". „Sîntem destule, să nu plîngem acolo pentru cîteva picături de sînge".

S-au oferit 75 de femei. 75 de muncitoare: romînce, germane, unguroaice. Tovarășele Anei.

Ora 10,50: *sala de așteptare a Centrului de transfuzii a devenit neîncăpătoare. Tovarășele Anei privesc cu strîngere de inimă acele ceasornicului din perete. Fiecare minut este o fărîmă de timp pe care n-o poți opri. Cornelia Ardeleanu se ridică și bate la o ușă. „Doctore, cînd începeți probele de laborator? Nu este tîrziu?" „Fiți liniștite*





Uite așa de mare este băiatul! răspunde doctorul colegelor Anei, venite la maternitate.

am trimis flacoane pentru Ana voastră. Va fi salvată, fiți liniștite".

Ora 15: *lîngă patul Anei, Constantin Giurgiu urmărește mișcările agitate ale pieptului bolnavei; degetele sale caută pulsul ba zvîcnit, ba slab. Și asta după al treilea flacon de sînge introdus în vena aceasta străvezie! Cezariana a durat mai mult ca de obicei. Ana trebuia readusă la viață.*

Intră o soră.

— A venit sînge proaspăt recoltat.

Pe flaconul din suportul aparatului de transfuzie, o etichetă cu un nume nou: Cornelia Ardeleanu.

Ora 4: *o dîră alburie începe să destrame întunericul nopții. În pragul salonului a apărut iar doctorul Giurgiu. Ana deschide ochii. Privirea stăruie pe chipul ostenit al medicului.*

— Vă rog... Spuneți-mi... Copilul!

— Sst! Doctorul îi pune un deget pe buze. N-ai voie să vorbești. Fetița dumitale are un frățior de toată frumusețea.

În ochii Anei, medicul mai citește o întrebare.

— Hai, spune: dar numai două cuvinte. Nu mai mult!

— Cum... cine-l va alăpta?

— Vezi, asta-i o întrebare de prisos. Dumneata. Cine altcineva?

Ora 8,45: *la fereastra salonului, doctorul Giurgiu întinde brațele și inspiră adînc aerul parfumat al dimineții. Ana îl urmărește în tăcere. Oare cîte ore a vegheat-o omul acesta cu ochi albaștri, rotunzi și mirați ca de copil?*

Intră o soră. Pregătește un nou flacon pentru transfuzie.

Privirea Anei se oprește pe eticheta sticlei din care i se scurge în vine, purpurie și proaspătă, viața. Tresare și citește apoi etichetele flacoanelor golite, cele de pe noptieră: Margareta Crișan, Paraschiva Erdeș, Maria Chitarici, Ecaterina Veber.

„Dragele mele, bunele mele"! șoptește abia auzit Ana și strînge pleoapele. Fiindcă n-are o batistă la îndemînă, apucă cu mîna liberă un colț al cearșafului. Mișcarea este interceptată de medic.

— Vezi? Mi-ai promis ascultare necondiționată! N-ai voie să te miști, să te necăjești....

— Să mă necăjesc? Dar eu... eu dimpotrivă...

Și arată cu privirea spre etichete.

Constantin Giurgiu scoate batista din buzunarul halatului și șterge obrajii Anei.

— Știu, știu tot ce-au făcut pentru dumneata. Dar, ascultă-mă: acum nici să te bucuri prea tare n-ai voie...

Arătătoarele ceasornicului sînt din nou în dreptul lui 9.

Este iarăși o dimineață de aprilie.

70 DE ANI

DE LA PRIMA LUCRARE MEDICALĂ MARXISTĂ ROMÎNEASCĂ

În 1891 a apărut, sub formă de teză de doctorat la Facultatea de medicină din București, lucrarea doctorului Ștefan Stîncă „Mediul social ca factor patologic", prima lucrare medicală marxistă romînească.

Ștefan Stîncă, născut în 1865, și-a început studiile medicale la Iași și le-a terminat la Facultatea de medicină din București. A practicat ca medic de țară în condiții cu totul nefavorabile. Datorită condițiilor economice grele în care trăia în acea vreme, țărănimea exploatată era măcinată de cele mai ucigătoare boli. Mortalitatea infantilă făcea ca adesea 25% din copiii născuți să se stingă în primii ani de viață, datorită lipsei de asistență sanitară și a proastelor condiții de existență.

În activitatea sa medicală din fostele județe Dîmbovița și Prahova, unde a funcționat ca medic de plasă, dr. Ștefan Stîncă nu a găsit nici o înțelegere din partea forurilor conducătoare. Din documentele și studiile întreprinse asupra vieții și activității lui Ștefan Stîncă reiese că el a fost un medic devotat poporului, un luptător neobosit pentru bunăstarea țăranilor muncitori. El n-a fost numai un medic animat de sentimente umanitare; dr. Ștefan Stîncă s-a ridicat pe treapta înțelegerii sarcinilor sociale ale medicului care dorește să servească poporul, a fost un medic revoluționar; cunoscînd lucrările lui Marx și Engels *(Capitalul, Situația clasei muncitoare din Anglia, Originea familiei, a proprietății private și a statului)*, dr. Ștefan Stîncă și-a însușit gîndirea filozofică marxistă, devenind, pe baza acestei concepții, un militant al luptei revoluționare împotriva regimului burghezo-moșieresc. A fost membru, imediat de la înființare, al partidului Social-Democrat al Muncitorilor din Romînia, pe care l-a reprezentat la două congrese socialiste (Viena și Breslau).

A practicat ca medic pentru puțină vreme în orașul București, fiind în activitatea sa politică și profesională alături de muncitori. „De multe ori dr. Stîncă venea prin atelierul tipografiei unde lucram noi, scria un muncitor

Dr. Ștefan Stîncă.

tipograf. Ţi-era mai mare dragul să vezi cum acest apostol al ştiinţei ne dădea sfaturi şi reguli igienice pentru a putea evita nenumăratele boli de care se poate îmbolnăvi un lucrător tipograf".

Îl găsim îngrijind cu devotament muncitorii internaţi în Spitalul centrului muncitoresc Moineşti; este mutat apoi la Tîrgu Ocna.

În condiţii grele de muncă, persecutat de regimul burghezo-moşieresc, mutat din judeţ în judeţ, dr. Ştefan Stîncă şi-a dăruit toată puterea sa de muncă poporului, în a cărui victorie a crezut, pentru a cărui victorie a luptat. S-a stins de tînăr, la 32 de ani (bolnav de tuberculoză), ca urmare a condiţiilor vitrege în care l-a obligat să trăiască şi să muncească clasa dominantă exploatatoare.

Lucrarea lui Ştefan Stîncă „Mediul social ca factor patologic" este o remarcabilă contribuţie în domeniul gîndirii medicale marxiste romîneşti, o mare mîndrie a medicinei şi în general a culturii noastre progresiste.

Pornind de la lucrările lui Marx şi Engels, dr. Ştefan Stîncă a demonstrat în mod ştiinţific rolul determinant al mediului social asupra stării de sănătate a oamenilor muncii. Orînduirile sociale, bazate pe exploatare creează asemenea condiţii de viaţă mizere pentru oamenii muncii, încît aceste orînduiri devin factori patologici de seamă. De această influenţă socială hotărîtoare trebuie să ţină seama medicul, ştiinţa medicală în înţelegerea şi explicarea cauzelor bolilor cît şi în soluţiile ce trebuie date pentru lichidarea bolilor cu extindere în masă.

Referindu-se la gîndirea medicală din vremea sa, dr. Ştefan Stîncă scria că de obicei, omul era privit ca o fiinţă de sine stătătoare, fără legătură cu ceilalţi semeni ai lui; omul era studiat ca un obiect ce face parte din natură, dar se făcea abstracţie de faptul că acest om trăieşte în mediul său social, în sînul societăţii.

Dezvoltarea societăţii omeneşti, rezultat al activităţii creatoare a oamenilor, a pus în mîna lor instrumente puternice prin care aceştia să se dezrobească de influenţele cosmice, naturale. Omul a împins progresul social pe culmi înalte, descoperind permanent noi şi noi mijloace prin care să se dezrobească de sub înrîurirea nefastă şi capricioasă a naturii. Atunci, se întreba Stîncă, de ce acest om este încă supus bolilor, suferinţelor provenite tocmai din pricina influenţelor dăunătoare ale naturii? Înseamnă deci că intervine o altă cauză mai cuprinzătoare, mai determinantă care dirijează în mod legic aceste influenţe asupra omului. Aceasta este societatea, mediul social în care se dezvoltă organismul omenesc şi care are un rol determinant asupra acestei dezvoltări. „Puterea mediului social, scria Stîncă, a întrecut pe cea a celui natural şi putem spune că dacă omul este supus unor influenţe oarecare, apoi este mai ales sub influenţa mediului social". De ce atunci patologia să nu privească prin această prismă adevăratele cauze ale bolii? „Deschizi o carte, scria dr. Ştefan Stîncă, şi citeşti într-însa că boala cutare este datorită frigului, cutare umezelii, alta muncii excesive, alta tuturor acestora reunite şi cu toate acestea cel mai profan din lume ştie că omul a învăţat să se sustragă de sub influenţa vicisitudinilor temperaturii, ştie că se pot face lucruri minunate numai cu maşini şi foarte puţin ajutor din partea braţelor omului... Omul ştie să facă case.. să-şi croiască haine pentru a se apăra de frig, omul a putut să înlocuiască braţele sale prin fier şi oţel şi cu toate acestea el se îmbolnăveşte de frig şi de muncă prea mare!" De unde vine această anomalie? Cheia acestei nepotriviri, scrie Stîncă, ne-o dă analiza mediului social, analiza structurii economice a acestui mediu care ne arată că în orînduirile bazate pe relaţii de exploatare, nu toţi oamenii au putinţa de a se folosi de progresul

social, cauza esențială a lipsei de protecție față de acțiunile naturii fiind deci mediul social, orînduirile cu clase antagoniste". De aceea dr. Ștefan Stîncă a considerat mediul social din vremea sa, ca principal factor patologic. Pentru că cine altcineva decît mediul social, relațiile de exploatare făceau ca muncitorii să nu posede toate mijloacele trebuitoare și cunoscute pentru a putea fi feriți de bolile aduse de muncă peste măsură, de hrană neîndestulătoare? Există vreo putere în natură care hotărăște cine se poate folosi și cine nu se poate folosi de propășirea omenirii și cei care trebuie să fie supuși acțiunilor distructive ale naturii și cine să se poată apăra de ele? „Noi, scria dr. Ștefan Stîncă, sîntem convinși că asemenea putere, oricare ar fi numele sub care este cunoscută, nu există și că alcătuirea mediului social face ca bunătățile aduse de dînsul să nu se reverse asupra tuturor și deci el este de vină în primul rînd dacă mai există boli născute de frig, foame etc..." Prin această profundă analiză științifică, bazată pe înțelegerea materialist-dialectică a relațiilor între mediul fizic și social pe de o parte și starea de sănătate a oamenilor pe de altă parte, dr. Ștefan Stîncă se înscrie în rîndul primilor mari gînditori din domeniul medicinei care au tras concluzia revoluționară că sănătatea oamenilor muncii nu poate fi pe deplin asigurată decît lichidînd pe cale revoluționară relațiile de exploatare, instaurînd orînduirea socialistă.

Concluziile științifice ale dr. Ștefan Stîncă au fost pe deplin confirmate în practică. Zeci de ani, în regimul burghezo-moșieresc, mediu social patologic, nu s-a putut reduce ridicata mortalitate infantilă; tuberculoza, pelagra, malaria, tifosul exantematic cuprindeau an de an tot mai mulți oameni ai muncii. Numai în cadrul noii orînduiri sociale, realizată prin revoluție socialistă, în anii regimului democrat-popular au putut fi obținute mari realizări în domeniul sănătății publice, în primul rînd pentru că acum mediul social nu mai este potrivnic omului, noua orînduire socială are ca scop suprem asigurarea bunăstării materiale și culturale a oamenilor; or, în această bunăstare își are izvorul și sănătatea poporului. Bineînțeles alături de aceasta trebuie amintit că asistența medicală este de asemenea cu totul alta astăzi: larg accesibilă, gratuită pentru oamenii muncii, de bună calitate, cu caracter profilactic etc., în contrast cu situația extrem de grea pe care au cunoscut-o muncitorii și țăranii muncitori în regimul burghezo-moșieresc.

Concluzia ce reiese din această fundamentală lucrare a medicinei romînești „Mediul social ca factor patologic" este în primul rînd o concluzie practică revoluționară de mare importanță: *a lupta pentru sănătatea oamenilor muncii, înseamnă în primul rînd a lupta pentru socialism.* Valoarea deosebită a lucrării este dată, de asemenea, de faptul că se sprijină pe filozofia marxistă, ceea ce i-a permis lui Ștefan Stîncă înțelegerea profundă și complexă a fenomenelor medico-sociale analizate în lucrarea sa.

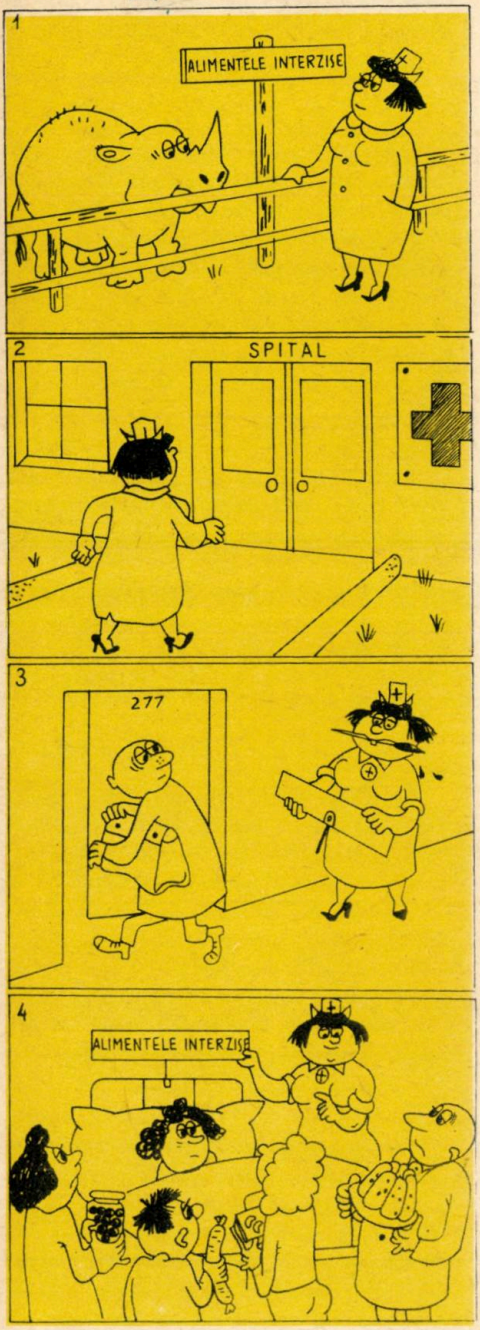
Rămînînd o mare mîndrie a culturii noastre progresiste, lucrarea dr. Ștefan Stîncă reprezintă și un puternic îndemn pentru personalul medico-sanitar de a-și dărui întreaga lor activitate, putere de muncă, în slujba sănătății poporului. Construirea socialismului cuprinde în ea și mărețele edificii ale apărării sănătății poporului.

Dr. Ștefan Stîncă are merite multiple, relevate și apreciate în timpul regimului nostru democrat-popular. Astăzi, valorile nedreptățite odinioară au fost așezate la locul ce li se cuvine: dr. Ștefan Stîncă a fost numit membru de onoare post mortem al Academiei R.P.R.

PLANTE MEDICINALE

filatelie

Umor German



SORA MONICA

CURIOZITĂȚI

O inimă bolnavă poate fi oare ajutată de o inimă sănătoasă să bată normal? Este greu de închipuit așa ceva. Și totuși... în Uniunea Sovietică a fost construită o mașină de reanimare a unei inimi oprite. Miraculoasa mașină trimite organului „în pană" fluxul electric provenit de la o inimă sănătoasă, înregistrat și amplificat. O dată stimulată, inima bolnavă reîncepe să bată...

Cu ajutorul microscopului electronic s-a putut constata că virusul poliomielitei se înmulțește cu o viteză extraordinară. În numai cîteva ore, un singur virus dă naștere altor 100 000. Fiecare dintre aceștia este atît de mic, încît nu depășește mărimea unui... punct, căci nu măsoară decît 10—20 milionimi de milimetru. Ei sînt atît de mici încît ar trebui să fie aliniați cap la cap aproape un milion pentru a acoperi o lungime de 2 cm și jumătate.

În panteonul sintoist a fost admis numai un singur european. Astfel, la Tokio, într-o grădină a Institutului Kitasoto a fost înălțată o pagodă spre a perpetua memoria marelui savant Robert Koch, descoperitorul bacilului tuberculozei.

La o maternitate din India s-a înregistrat un caz unic în practica medicală. O femeie a născut al doilea gemen la 45 de zile de la nașterea primului.

Este oare cancerul o boală a vremurilor moderne, așa cum se spune de către unii? Nicidecum. Boala ca atare este cunoscută de mii de ani, dar neputînd fi de la început definită, unele cazuri de cancer au fost considerate multă vreme drept alte tulburări ale organismului, cauzatoare ale morții.

Un nou antibiotic a fost descoperit într-un mod cu totul neobișnuit. S-a constatat că în tubul digestiv al pinguinilor din Antarctica nu există microorganisme. Nici în intestinul animalelor cu care se hrănesc pinguinii nu s-au găsit microorganisme. A fost analizat atunci planctonul cu care se hrănesc aceste animale. Astfel a fost descoperită în plantele acvatice o substanță nouă care inhibează puternic dezvoltarea microorganismelor.

Tribul Nairobe din inima Africii Negre este victima unei ciudate mutații demografice, care dăinuie de peste 20 de ani. Și cine știe cît timp va mai dura, căci „remediul" pînă în prezent nu se cunoaște... La 12 băieți care se nasc vine pe lume numai o singură fată.

O femeie din localitatea Rochester, statul New York, în vîrstă de 38 de ani, a născut pentru a șasea oară în viața ei o pereche de gemeni. Posibilitatea de a naște gemeni într-o asemenea frecvență este — după datele statistice — de 1 la 433 milioane de femei!

Vechii locuitori de pe teritoriul Venezuelei cunoșteau și foloseau în „practica medicală" seringa. Mărturie stau cele cîteva exemplare din acest instrument care au fost descoperite. Anticul instrument era format astfel: canula o constituia țeava unei pene de pasăre, iar pompa era făcută din băşica înotătoare a peștilor mari.

Doi medici bulgari au extras din firul de ghiocel o substanță care combate paralizia sistemului nervos. Noul preparat reprezintă un antidot eficace al curarei și se pare că ar da rezultate bune în tratamentul poliomielitei.

Cea mai veche bucată de zahăr din lume există în orașul japonez Nara, capitala imperiului între anii 710 și 784. Printre medicamentele folosite de către medicii împăratului se număra și zahărul extras din trestie și adus din China. Bucata de zahăr cu pricina a fost descoperită într-o casetă care cuprindea diferite medicamente folosite în epoca aceea.

Tensiunea arterială poate fi luată chiar și pe un...deget, cu ajutorul aparatului pus la punct de către medicul englez J.H.Green. Spre deosebire de cunoscutul aparat care înconjură brațul pacientului, noul aparat poate fi lăsat să funcționeze timp de mai multe ore, ceea ce permite urmărirea variațiilor tensiunii arteriale.

În Clinica chirurgicală din Taşkent a fost efectuată nu de mult o operație rară, extragerea din corpul omenesc a unei bucăți de lemn în lungime de 80 de cm. Pacientul este un student în vîrstă de 20 de ani, care în timp ce călătorea cu autobuzul a fost lovit de o stinghie de lemn, care se afla pe un camion ce venea din sens opus. Operația a reușit de minune, studentul scăpînd cu viață.

In Africa de Sud, în urma unei anchete epidemiologice, medicii au descoperit următorul fapt: o femeie purtătoare de bacili tifici a transmis timp de 62 de ani boala (febra tifoidă), reușind să îmbolnăvească 250 de persoane și să provoace moartea a 83 de persoane.

DUPĂ 25 DE ANI

Schița literară pe care o reproducem mai jos a fost scrisă de Maria Arsene în anul 1935. Ea a apărut în „Cuvîntul liber" în 1936, autorul demascînd cumplitele condiții în care muncitorii puteau să-și „îngrijească" sănătatea.

O creangă de liliac mi-a bătut în fereastră. Azi, în cea de a treia săptămînă. Trei săptămîni?... Trei luni?... Trei ani? Îmi pipăi fața suptă de boală și gîtul uscat. Dar degetele îmi tremură speriate.

Cobor încet, cu teamă, neîncrezătoare în picioarele mele slăbite. Mă îndrept sprijinindu-mă de pat și perete, spre fereastra pe care o deschid. Un val de aer proaspăt năvălește înăuntru, se îmbină, o clipă, cu izul acru ce plutește în odaie, ca pînă la sfîrșit să-l izgonească.

Privesc în curtea imensă și pustie și apoi scările largi de piatră, de la intrare.

Revăd sala de consultații cu tavanul crăpat și dușumeaua cocoșată. Dulapul masiv ferecat cu două lacăte, dar fără geamuri. Pe rafturi stau îngrămădite instrumentele unei truse de chirurgie, descompletate și ruginite de neîntrebuințare — doctorul lucrează cu „sculele" proprii. Cîteva pachete cu vată și o sticlă mare cu un dezinfectant rubiniu.

Masa de operații e un animal apocaliptic. Un picior amputat i s-a înlocuit printr-un schelet de scaun. Spinarea de mușama plesnită are mii de zbîrcituri pe pielea-i jupuită.

Doctorul , un munte de om. Rotund la față, rotund pe burta-i revărsată; doar inima o are pătrată. Nervos, își potrivește, își scoate și iarăși își așează ochelarii pe nas. Abia vorbește, dîndu-și aere de „maestru":

— Dumneata? — mi se adresează examinîndu-mă, pe furiș, dinapoia enormelor lentile care-i acoperă ochii.

— Apendicită! — i-am răspuns, tot atît de scurt.

— Operație?

— Dacă e cazul...

— Cu plată, nu?

— ...

— Trebuia să treci întîi pe la mine acasă. Să te consult și să stăm de vorbă. Să fixăm onorariul, care...

— Nu am bani, domnule doctor.

— ?!

— Sînt fără serviciu de aproape doi ani, și nici speranțe nu am ca să vă pot promite...

Rămase o clipă nedumerit. Apoi izbucni:

— Păi, atunci cum vrei să te operez? În contul cui? Bani n-ai, perspectivă de plată n-ai! Ce ai atunci? Apendicită? Îți închipui că noi sîntem aici să... Cum înțelegi dumneata că s-ar putea ca eu...? Ca noi...?

A tăcut. Gîfîia, roșu de ciudă că am îndrăznit să mă prezint înaintea lui fără bani, fără slujbă, chiar fără o perspectivă de angajare, ci numai cu o simplă și mizerabilă apendicită. Ce îndrăzneală din partea mea!

S-a potolit însă cînd i-am promis că, totuși, munca lui de „apostol" nu va rămîne neplătită; voi vinde ce brumă mai am pe acasă și că...

— Înțeleg, domnișoară, situația dumitale... Dar eu... Noi, care ne-am tocit coatele pe băncile facultăților și... Mai ales... Cu atîta cheltuială... În ziua de azi fiecare...

Mi-am tras un scaun lîngă fereastră și mă trîntesc în el, cu coatele rezemate de pervaz. Vecina mea de pat mă privește curioasă. E palidă la față, cu pielea obrajilor întinsă și lucioasă, prin care nasul ascuțit împunge în afară ca un cui. Sub pătura trasă pînă la bărbie, trupul abia i se conturează.

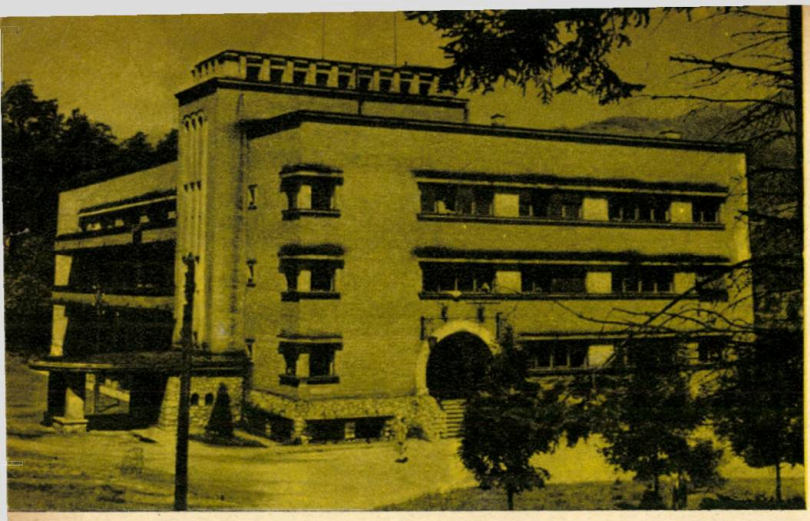
A venit numai de trei zile. Și tot de atîta timp n-a mîncat, refuzînd combinația de coji de fasole cu apă caldă pe care sora Dusia, dintr-un exces de modestie, o numește „ciorbă".

— Ți-e mai bine? — o întreb într-o doară, deși știu că toată noaptea s-a văitat.

Nu-mi răspunde. Se căznește să-mi zîmbească, clătinînd din cap.

Pe chipul ei de ceară, zîmbetul ia înfățișarea unui rictus sinistru. Mă ridic cu greu de pe scaun, aproape tîrîndu-mă. Cotrobăiesc în sertarul măsuței mele și trec lîngă patul ei, oferindu-i o bomboană acrișoară, pe care o suge cu poftă.

Revin la fereastră.



Spitalul pentru mineri din Lupeni.

Pe trotuar, un copilaş cu picioarele goale şi mîinile în buzunar, merge fluierînd.

Un copil.

Cu picioarele goale, mîinile pînă la coate în buzunarele fără funduri şi fluierul în streaşina buzelor.

Ce bine-i să fii sănătoasă...

Ce bine-i să trăieşti!

Mi se umezesc ochii.

Diseară o să-mi vînd pardesiul şi perechea de pantofi unei negustorese de vechituri din piaţă, pe care mi-a recomandat-o sora Dusia. Voi putea, astfel, să-mi plătesc îngrijirea medicală şi să plec.

Trebuie să plec. Căci mi-a bătut o creangă de liliac în fereastră.

Azi în a douăzeci şi una şi cea din urmă zi de spital... 1935.

A trecut un sfert de veac de atunci. Insurecţia armată organizată şi înfăptuită de P.C.R. în condiţiile favorabile create de vijelioasa ofensivă eliberatoare a armatei sovietice — a transformat întru totul faţa ţării. Cîte nu s-au schimbat de la neuitatul 23 August 1944, în toţii anii puterii populare? O sumară privire în trecut este suficient de revelatoare. „Omul, capitalul cel mai de preţ" a devenit o realitate. Munca, viaţa şi mai ales sănătatea lui a devenit o preocupare de căpetenie a regimului nostru.

Să luăm de pildă anul 1938, cînd numărul paturilor de asistenţă medicală erau doar de 33 763 pe întreaga ţară, ca să constatăm că în 1958 cifra a crescut la 126 800, iar în 1960, ea este cu mult depăşită.

Zeci de mii de bolnavi, cu trupurile lovite de mizerie, de foame, rezultat al şomajului şi cruntei exploatări, nu aveau unde să-şi caute sănătatea. Intrarea în spitale — puţine şi rudimentar utilate — era aproape imposibilă, căci ori nu se găseau locuri, ori trebuiau plătiţi bani mulţi şi grei pe care muncitorul nu avea de unde să-i scoată.

Cine pleca la băi în regimurile trecute? Bogătaşii, speculanţii, afaceriştii. Iar dntre salariaţi, funcţionarii superiori cu familiile lor cari ocupau puţinele locuri, chipurile puse la „dispoziţia" celor cu salariul mic şi unii bolnavi, care trebuiau să treacă prin nu ştiu cîte comisii ca să li se aprobe „dreptul" — plătit din cotizaţiile muncitorilor — de a-şi căuta sănătatea într-o staţiune balneară.

Astăzi în permanenta grijă pentru sănătatea oamenilor muncii, statisticile arată că anual aproape 400 000 de oameni din cîmpul muncii şi 100 000 copii şi-au petrecut concediul şi vacanţa în localităţile balneare şi climaterice cifră în care intră şi numărul acelora care au primit îngrijire medicală în aceste localităţi.

Congresul al III-lea al Partidului Muncitoresc Romîn a trasat ca sarcină, creşterea cu peste 30%, pînă în 1965, a numărului oamenilor muncii ce vor beneficia de trimiterile la odihnă şi cură balneo-climaterică faţă de anul 1959.

Totodată s-au indicat măsuri cu caracter preventiv privind dezvoltarea activităţii antiepidemice şi de igienă, sporirea măsurilor de protecţie a muncii şi de prevenire a bolilor profesionale şi a accidentelor.

Peste 100 de policlinici noi vor fi construite în raioane şi centre urbane şi vor fi înzestrate cu aparatură medicală nouă, modernă. Capacitatea de spitalizare va creşte cu 18 000 de paturi.

Iată cum, prin grija partidului faţă de om, îngrijirea sănătăţii a devenit un bun preţios al poporului iar vremurile cînd o tînără muncitoare trebuia să-şi vîndă pardesiul şi pantofii ca să poată părăsi spitalul au rămas ca o neagră amintire în inimile celor care au suferit şi au trecut prin acele timpuri. O neagră amintire care nicicînd nu va mai reveni pe meleagurile noastre însorite de razele socialismului biruitor.

PERSPECTIVE 1960-1965

Nenumărate au fost succesele obţinute de poporul nostru în opera de construire a socialismului. Sub conducerea Partidului Muncitoresc Romîn toţi oamenii muncii din uzine şi de pe ogoare, din mine şi laboratoare formează o unitate de nezdruncinat, al cărui principal ţel este lupta pentru crearea unor condiţii de viaţă din ce în ce mai bune, pentru bună stare şi pace.

Congresul al III-lea al Partidului nostru a consfinţit succesele obţinute de oamenii muncii din ţara noastră în construirea bazei materiale a societăţii socialiste şi a trasat totodată liniile de dezvoltare a economiei noastre naţionale pe viitorii şase ani, precum şi schiţa planului de perspectivă pe 15 ani. Ca rezultat al traducerii în viaţă a Directivelor Congresului al III-lea al Partidului nostru va creşte simţitor nivelul de trai şi cultural al oamenilor muncii. Directivele Congresului al III-lea prevăd măsuri deosebite pentru crearea unei trainice baze materiale pentru ocrotirea sănătăţii oamenilor muncii. Se va da o atenţie deosebită măririi numărului de paturi, care vor creşte în viitorii 5 ani cu 18.000. Se prevede astfel construirea de spitale de mare capacitate în centrele industriale în plină dezvoltare, cum sînt: Oneşti, Baia Mare, Luduş, Gilort, Cîmpina, Tîrnăveni, Suceava etc. În Bucureşti se prevede construcţia unui complex al clinicilor universitare cu 3.000 paturi. Această creştere a numărului de paturi va permite o spitalizare mai bună în special a afecţiunilor cronice cum sînt: reumatismul, boala ulceroasă, hipertensiunea arterială etc.

În acelaşi timp se va întări orientarea profilactică a medicinei, după exemplul orientării medicinei în Uniunea Sovietică. Astfel va creşte numărul circumscripţiilor medicale atît în mediul rural, cît şi în mediul urban, se vor construi 100 policlinici orăşeneşti şi raionale utilate cu cea mai modernă aparatură, se va dezvolta asistenţa medicală din întreprinderi.

De asemenea se prevede o combatere şi mai eficientă a unor boli cum sînt tuberculoza, sifilisul etc.

Creşterii bazei materiale a ocrotirii sănătăţii îi corespunde o dezvoltare corespunzătoare a cadrelor medico-sanitare. Astfel se va ajunge ca în 1965 să existe un medic la 700 locuitori faţă de 1 medic la 790 locuitori cît exista în 1958. Numărul cadrelor medii va creşte de asemenea în mod corespunzător prin dezvoltarea şcolilor tehnice de asistente medicale, ajungîndu-se în 1965 la 3 cadre medii pentru un medic.

Această dezvoltare a condiţiilor materiale este completată de dezvoltarea şi mai departe a industriei noastre de medicamente şi de aparatură medicală. Se vor fabrica numeroase medicamente de sinteză, se va dezvolta în continuare producerea de antibiotice.

Rezultatele acestor măsuri se vor concretiza în noi succese în ceea ce priveşte scăderea mortalităţii şi morbidităţii generale. Congresul al III-lea al Partidului a trasat ca sarcină deosebită dezvoltarea asistenţei medicale materno-infantile, ceea ce va duce la continua scădere a mortalităţii infantile. Bolile infecto-contagioase vor fi în continuare combătute astfel, încît cazurile de febră tifoidă, de poliomielită să scadă progresiv. De o dezvoltare deosebită se vor bucura staţiunile balneo-climaterice, unde vor beneficia de cură balneară şi odihnă cu 30% mai mulţi oameni ai muncii decît în 1959. Se vor amenaja în staţiunile balneare complexe de cură balneo-hidro-fizioterapică, baze cultural sportive, precum şi numeroase amenajări edilitare şi gospodăreşti.

Cadrele medico-sanitare găsesc în Directivele Congresului al III-lea al Partidului nostru un nou imbold pentru o activitate şi mai susţinută în vederea asigurării sănătăţii oamenilor muncii din Republica Populară Romînă. Sub semnul muncii, al păcii şi al coexistenţei paşnice poporul nostru, condus de încercatul nostru Partid va reuşi ca în cei cinci ani ce vor urma să dezvolte baza tehnico-materială a socialismului, să încheie procesul de făurire a relaţiilor de producţie socialiste în întreaga economie în vederea desăvîrşirii construcţiei socialismului.

Martie

L		6	13	20	27
M		7	14	21	28
M	1	8	15	22	29
J	2	9	16	23	30
V	3	10	17	24	31
S	4	11	18	25	
D	5	12	19	26	

UN EMINENT ORGANIZATOR SANITAR SOVIETIC

N.A.SEMAȘKO

Nikolai Aleksandrovici Semaşko a fost cel mai apropiat colaborator al lui Lenin în domeniul sănătăţii publice. Timp de peste o jumătate de secol, Semaşko a participat activ la lupta desfăşurată de clasa muncitoare din Rusia pentru desfiinţarea exploatării omului de către om şi pentru construirea socialismului.

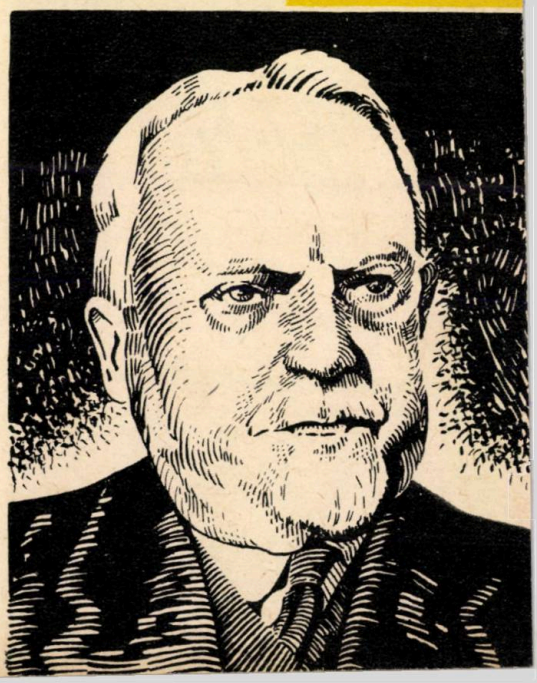
El s-a născut în 1874, într-o mică localitate din gubernia Orlov. La vîrsta de 17 ani a început să frecventeze cursurile Facultăţii de medicină din Moscova. Curînd ia legătura cu mişcarea revoluţionară din acest oraş, iar în 1893 este primit într-un cerc marxist. Tot restul vieţii sale Nikolai Aleksandrovici îl va consacra luptei eliberatoare a proletariatului. În 1895 tînărul revoluţionar este arestat de poliţia ţaristă şi exilat. Interzicîndu-i-se să se înapoieze în Moscova, Semaşko termină studiile medicale la Universitatea din Kazan.

După ce funcţionează cîţiva ani în guberniile Orlov şi Samara, el se stabileşte la Nijni Novgorod (actualmente Gorki), la epoca aceea unul din importantele centre ale mişcării muncitoreşti. În timpul revoluţiei din 1905, Semaşko îşi dovedeşte calităţile de organizator, iniţiind şi conducînd serviciul de prim ajutor pentru participanţii la insurecţie. După înăbuşirea revoluţiei, el este deţinut timp de aproape un an. Emigrînd în Elveţia, se întîlneşte la Geneva cu Lenin, care apreciază temeinica sa pregătire marxistă şi hotărîrea lui de luptă. Activitatea revoluţionară a lui Semaşko atrage atenţia autorităţilor elveţiene, care-l arestează şi ameninţă să-l predea Ohranei. Acesta pleacă la Paris, unde i se încredinţează sarcina de secretar al biroului din străinătate al Comitetului Central al Partidului Bolşevic. După ce ia parte la lucrările Conferinţei de partid de la Praga, unde contribuie la elaborarea materialelor privind problemele de sănătate publică şi de asigurări, Semaşko se stabileşte în Serbia şi apoi în Bulgaria.

El revine în patrie în perioada dintre cele două revoluţii ale anului 1917. Împreună cu alţi medici bolşevici, Semaşko desfăşoară la Moscova o intensă muncă organizatorică şi propagandistică, iar în zilele Marii Revoluţii Socialiste din Octombrie conduce serviciul medical al insurecţiei.

În iulie 1918, N.A. Semaşko devine cel dintîi comisar al ocrotirii sănătăţii al celui dintîi stat al muncitorilor şi ţăranilor. Timp de peste zece ani, cît a deţinut această sarcină de mare răspundere, el s-a remarcat prin neobositele eforturi depuse în vederea lichidării marilor epidemii din perioada războiului civil şi a intervenţiei străine, în vederea organizării asistenţei medicale a muncitorimii industriale, în vederea creării sistemului de ocrotire a mamei şi copilului, în vederea punerii staţiunilor balneo-climaterice la dispoziţia oamenilor muncii, în vederea dezvoltării instituţiilor de cercetări ştiinţifice şi de învăţămînt medical.

Pînă în 1949, cînd a încetat din viaţă, Semaşko a desfăşurat o valoroasă activitate de pedagog şi tehnician al sănătăţii publice sovietice, adîncind, în lumina indicaţiilor partidului, problemele construcţiei sistemului socialist de organizare sanitară. Institutul de ocrotire a sănătăţii şi istoria medicinei din Moscova poartă astăzi numele acestui savant şi activist de frunte al Partidului Comunist şi al Statului sovietic.



N. A. Semaşko

DIN ȚĂRILE SOCIALISTE

Primul spărgător de gheață atomic realizat în Uniunea Sovietică a ridicat o serie de probleme noi în fața organelor de ocrotire a sănătății. Era necesară asigurarea securității personalului vasului față de radiații, precum și prevenirea infestării mediului extern cu substanțe radioactive formate în procesul exploatării vasului.

Măsurile luate sînt foarte riguroase: personalul care deservește compartimentul central (în care se află motorul atomic) circulă numai prin camere speciale, în care se lucrează cu echipament special, camere prevăzute cu dușuri, cu posturi de dozimetrie, cu dulapuri pentru echipamentul spetial.

Echipamentul special folosit este curățat prin spălare, iar apele care conțin substanțe radioactive sînt îndepărtate după ce în prealabil au fost epurate prin filtre speciale și diluate de 500 de ori.

Echipajul a urmat o pregătire specială și a dat examen de tehnica securității iradiațiilor.

Prin aceste măsuri igienico-sanitare, pe spărgătorul atomic „V.I.Lenin" este asigurată igiena radiațiilor.

Cercetătorii sovietici P.V.Ramzaev, A.P.Negurei și V.P.Bîcikov au inițiat o metodă mai simplă de determinare a metabolismului bazal, decît cele clasice care sînt destul de dificile, și anume au construit un aparat format din 11 plăci de celofan rotunde, cu diametrul de 25 mm și grosimea de 7 mm, în interiorul cărora se găsesc montate baterii de termoelemente de cupru și constantan.

Aparatul funcționează pe principiul că, în conformitate cu legea conservării energiei, toată căldura elaborată de organism este cedată mediului înconjurător. În condițiile de echilibru termic și repaus, cînd temperatura corpului nu se modifică (metabolism bazal), producția de căldură este egală cu pierderea, astfel că prin măsurarea pierderii de căldură se poate determina direct metabolismul bazal.

Aparatul este portativ și poate fi utilizat larg. Rezultatele sînt asemănătoare cu cele date de metodele clasice, față de care însă noul aparat are numeroase avantaje.

Planul septenal prevede ca la Moscova, la sfîrșitul perioadei 1959—1965 indicele mediu să fie de 13,7 paturi pentru 1 000 de locuitori. Spitalele care funcționează în clădiri vechi și neadecvate vor fi amenajate în clădiri noi.

Se vor construi 10 maternități, 7 spitale de pediatrie, 3 centre de radioterapie, spitale de psihiatrie etc. În afară de policlinicile aparținînd spitalelor nou create, s-au prevăzut în plan 37 de policlinici noi, în cartierele noi, 10 în cartierele vechi, un nou centru de transfuzie, o stație de urgență și 5 stațiuni sanitare antiepidemice.

La începutul anului 1966 numărul medicilor va atinge 27 000 și cel al personalului auxiliar 74 000.

Cercetătorii sovietici au obținut un nou preparat, o sare de penicilină denumită oxibicilină. Acest preparat reprezintă o formă de penicilină cu acțiune prelungită, mai eficace decît oricare produs similar anterior noului preparat. Administrarea unei doze de 600 000 u. oxibicilină asigură timp de 2—3 zile concentrații mari de penicilină în sînge, iar locul injecției nu este dureros, întrucît preparatul are și acțiune anestezică.

La Institutul de chimie organică al Academiei de Ştiinţe a R.S.S. Armene a fost sintetizat un nou medicament, denumit *gangleron*, care este un produs anestezic puternic, mai eficace decît novocaina. Acest medicament se utilizează ca anestezic în operaţiile pe ochi şi ca analgetic (împotria durerii) în diferite boli.

Un cercetător sovietic Prives a urmărit pe mai mult de 2 000 de persoane de diverse profesiuni modificările osoase, articulare şi musculare provocate de efortul fizic. Aceste persoane au fost urmărite prin radiografii repetate, timp de mai mulţi ani.

Studiul a arătat că munca fizică susţinută determină hipertrofia oaselor şi a muşchilor şi modificări articulare. În cazul schimbării profesiunii, trecerea de la o muncă fizică grea la una uşoară sau invers, se observă modificări de structură ale aparatului locomotor (oaselor, muşchilor, articulaţiilor).

Al treilea plan cincinal de dezvoltare a economiei naţionale a Republicii Socialiste Cehoslovace pe anii 1961—1965 prevede o extindere a reţelei instituţiilor sanitare în aşa fel încît administraţia de stat să dispună în 1965 de 19 medici la 10 000 de locuitori, faţă de 17 în 1960, iar numărul paturilor în instituţiile sanitare vor înregistra deasemenea o însemnată creştere.

Un grup de medici de la Clinica Chirurgicală nr. 4 din Budapesta, cu sprijinul Academiei de Ştiinţe a R.P.Ungare, au realizat în urmă cu cîţiva ani un sistem inimă-plămîn artificial, cu un mecanism foarte complicat.

După cîteva mii de experienţe efectuate pe animale, sistemul a fost introdus în chirurgia umană şi utilizat pentru prima oară la o fetiţă de 8 ani, la care intervenţia a durat peste 3 ore, reuşind perfect.

De curînd în R.P. Polonă s-a organizat „o duminică albă". Plecînd de la oraşe la sate, circa 9 000 de medici au consultat în mod gratuit 330 000 de copii.

S-au efectuat diferite intervenţii chirurgicale şi dentare, s-au depistat unele cazuri care au fost înaintate de urgenţă la specialişti pentru tratament, s-au distribuit gratuit medicamente, s-au dat sfaturi practice de igienă.

În satele din R.P.Bulgaria, în care pînă în 1944 nici nu existau unităţi de ocrotire a sănătăţii populaţiei, funcţionează astăzi peste 1900 servicii sanitare, dintre care 272 de spitale comunale cu 4240 de paturi, 690 de dispensare rurale, 327 puncte sanitare deservite de medici, 693 de infirmerii, circa 2000 de farmacii, 900 case de naştere.

În Republica Populară Albania, organizarea ocrotirii sănătăţii a obţinut remarcabile succese.

Astfel, în prezent funcţionează în Albania 134 de instituţii sanitare pentru tratament, cu aproximativ 7000 de paturi.

Tratamentele şi consultaţiile ambulatorii sînt asigurate de peste 50 de policlinici şi dispensare în oraşe, de peste 542 ambulatorii la sate.

Reţeaua medico-sanitară din Albania este în continuă creştere. Numai în anul 1960 se vor construi mai multe instituţii sanitare decît cele construite în decursul întregii existenţe a ţării pînă în 1938, cînd existau 10 instituţii sanitare cu 800 de paturi.

Astfel, se vor construi 11 unităţi sanitare importante în diferite regiuni ale ţării, printre care şi o întreagă serie de policlinici mari în Tirana, Durres şi Skodra.

Toate aceste intituţii, îmbinînd munca profilactică cu activitatea de îngrijire a bolnavilor, vor duce la noi succese în promovarea stării de sănătate a oamenilor muncii din Albania.

VACCINAREA ANTIGRIPALĂ

Gripa sau influenţa este una dintre cele mai importante, mai cunoscute şi mai bine studiate dintre bolile umane provocate de virusuri. Caracteristica sa principală o constituie faptul că provoacă un număr mare de îmbolnăviri într-un timp relativ scurt, cuprinzînd rapid regiuni întinse ale globului pămîntesc şi chiar întregul glob. Numărul mare de îmbolnăviri şi scoateri din munca productivă în timpul epidemiilor sau pandemiilor, complicaţiile pulmonare, cardiace, vasculare şi nervoase de care se însoţeşte adesea, slăbirea organismelor îmbolnăvite au determinat măsuri speciale de protecţie şi organizare a luptei complexe împotriva gripei. Şi pe acest front, U.R.S.S. şi ţările de democraţie populară, în care sarcina ocrotirii sănătăţii publice constituie o problemă de stat, iar orientarea profilactică a medicinei este primordială, deţin locul de frunte.

Pentru gripă, ca şi pentru oricare altă boală, cea mai importantă este acţiunea de prevenire, a îmbolnăvirii, sau, cu un termen general ştiinţific, profilaxia.

În cadrul măsurilor de profilaxie, un rol principal îl deţine imunizarea activă a populaţiei prin vaccinare, adică stimularea organismului pentru producerea unui număr suficient de elemente de apărare sau anticorpi faţă de virusul gripal conţinut în vaccin. Anticorpii se produc şi prin trecerea prin boala respectivă; vaccinul are însă calitatea de a înzestra organismul cu aceste arme de apărare fără preţul îmbolnăvirii manifeste, faţă de care, îl protejează şi-l face rezistent.

În ultimii 15 ani s-au preparat în diverse ţări, diferite vaccinuri antigripale, care aplicate populaţiei receptive au reuşit să protejeze faţă de infecţia gripală 40—70% din numărul de vaccinaţi. În plus, s-a observat că îmbolnăvirile care se produc la vaccinaţi sînt mai uşoare şi evoluează fără complicaţii. Azi se cunosc 4 tulpini sau 4 tipuri principale de virus gripal, notate cu literele A,B,C,D.

Epidemiile de gripă care se succed la perioade de timp variate sînt datorite unuia sau altuia din aceste tipuri sau unor variante sau subtipuri ale acestora, în special ale tipului A, notate cu A_1 şi A_2.

Vaccinurile antigripale utilizate azi sînt, fie vaccinuri monovalente, conţinînd un singur tip sau subtip de virus şi în acest caz acesta trebuie să fie cel prevalent în epidemia respectivă, fie vaccinuri polivalente, care conţin mai multe tipuri sau subtipuri de virus. Imunitatea, adică rezistenţa la îmbolnăvire, se instalează în 2—4 săptămîni şi durează mai multe luni.

În vaccinarea antigripală se folosesc două feluri de vaccin: 1) vaccin cu virus viu, atenuat, îmblînzit şi 2) vaccin cu virus omorît. Vaccinul viu preparat după metoda

savanților sovietici Smorodințev și Jdanov are o largă răspîndire în U.R.S.S., dovedindu-se deosebit de eficient și reducînd numărul îmbolnăvirilor de gripă de 3—4 ori. Și în țara noastră, în Institutul de inframicrobiologie s-a preparat după diferite tehnici vaccin antigripal.

Vaccinul viu antigripal este în general un vaccin polivalent, conținînd virusuri gripale de tip A, A_1, A_2, și B cultivate pe embrionul de găină. Se prezintă sub formă lichidă sau în pulbere și se administrează în doză de 0,5 g de persoană, o singură dată, pulverizîndu-se pe cale nazală cu un pulverizator special, care permite măsurarea exactă a cantității de vaccin folosite și în același timp răspîndirea acestuia într-un contact cît mai complet, pe o suprafață cît mai mare a mucoasei căilor respiratorii superioare, nas și faringe. Administrarea de vaccin viu nu este urmată în genere decît de o minimă reacție locală postvaccinală (ușoară iritație a mucoasei nazale), observabilă în primele 48 de ore după vaccinare. Apariția unor reacții generale din partea organismului, între care și o ușoară stare subfebrilă (pînă la 37°, 5) este excepțională.

Vaccinarea antigripală cu virus viu s-a dovedit extrem de simplă și lipsită de orice influență nedorită asupra organismului. Acest procedeu de imunizare activă a populației împotriva gripei a intrat în practica curentă în U.R.S.S. în ultimii 6 ani, demonstrînd un mare salt calitativ în lupta contra gripei.

În țara noastră, epidemia de gripă din februarie-martie 1959 a constituit un examen și în același timp un model practic pozitiv de stăvilire și stingere a unei puternice epidemii într-un interval de timp deosebit de scurt. Între diferitele mijloace care au determinat succesul remarcabil al acestei campanii, vaccinarea cu vaccin viu primit din U.R.S.S. și cu cel din producție proprie își are contribuția sa.

Vaccinul antigripal cu virus inactivat sau omorît este inferior ca eficacitate celui cu virus viu atenuat. Se mai folosește actualmente în unele țări din Europa și în America. Conține virus gripal, omorît sau inactivat prin formol, dispersat într-o suspensie apoasă sau într-o emulsie de ulei mineral. Vaccinul antigripal omorît se administrează în injecții pe cale subcutanată. Inocularea se însoțește frecvent de reacții locale, mai ales după vaccinul emulsionat. Vaccinul omorît reușește să protejeze față de infecția gripală 20—60% din persoanele vaccinate.

În perioadele epidemice se mai folosește, pentru protecția populației, pentru creșterea așa-numitei rezistențe specifice față de gripă, serul antigripal, recoltat de la convalescentul de gripă sau preparat pe animale. Oricum, serul conține o cantitate mare de anticorpi antigripali, gata formați care realizează imunitatea sau protecția pasivă instalată rapid, dar de scurtă durată.

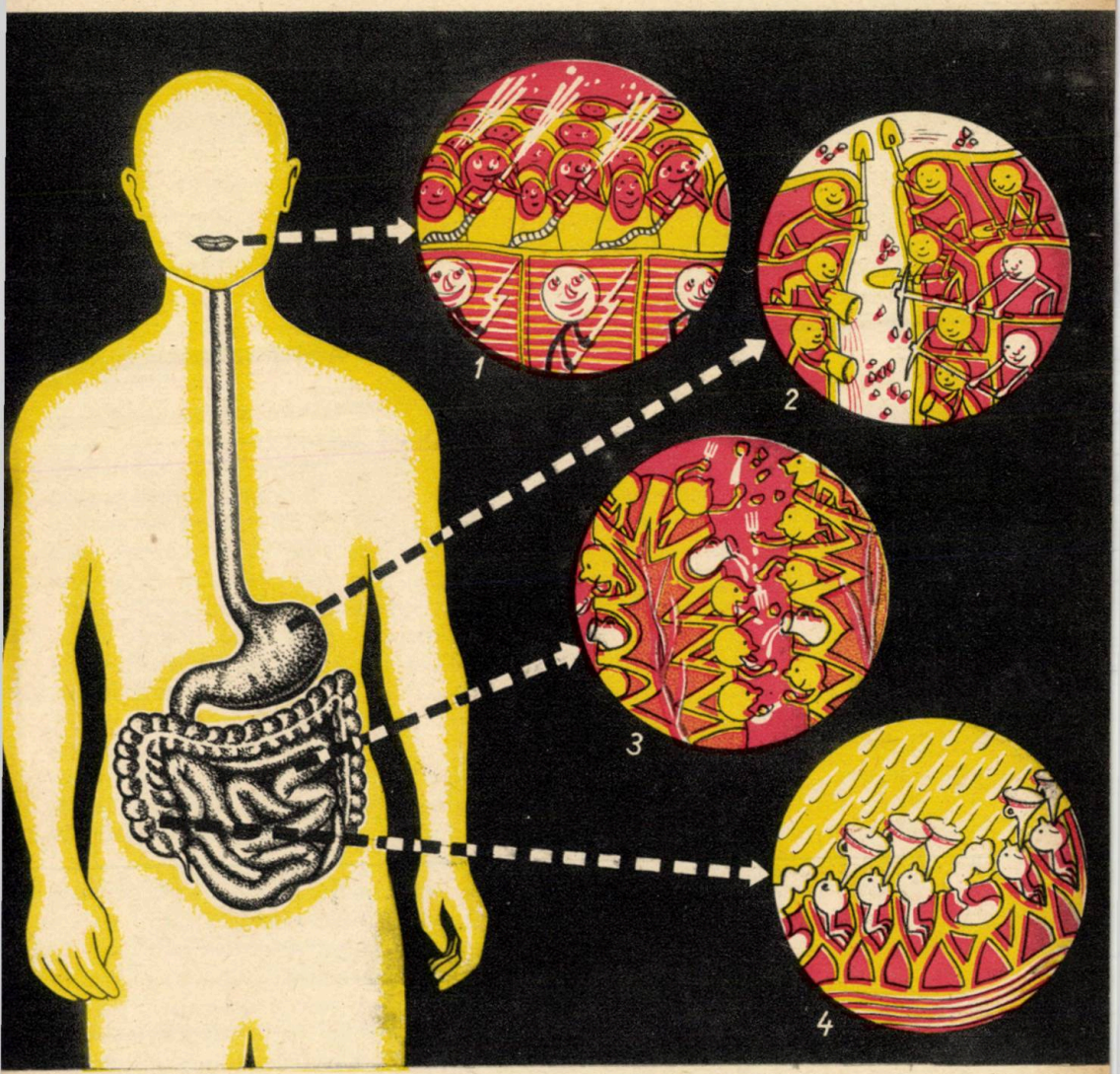
Se mai pot utiliza γ-globuline specifice sau standard injectate intramuscular.

Așa cum remarcă și savantul sovietic Smorodințev, problema imunizării active împotriva gripei a înregistrat o serie de succese datorită mai ales utilizării vaccinului viu, dar nu este complet rezolvată, în primul rînd fiindcă există multe variante ale virusului, cauzatoare de îmbolnăviri umane și care variază după epidemii. De aceea, este necesar ca pe lîngă vaccinare să se respecte toate celelalte metode de profilaxie complexă a gripei ca: izolarea bolnavilor, protecția colectivităților de copii, a azilelor de bătrîni și a spitalelor, prin interzicerea accesului, pentru a nu se introduce cazuri de infecție gripală din afară; educația sanitară a populației, antrenarea maselor în acțiunea complexă de ocrotire a propriei sănătăți; evitarea aglomerațiilor, a plimbărilor și ieșirilor ce nu sînt necesare, intensificarea măsurilor de igienă personală și a localurilor; întărirea rezistenței nespecifice sau generale a organismului prin viață în aer liber, gimnastică și sport, călire la frig, regim rațional de muncă și odihnă, cu evitarea surmenajului fizic și nervos.

CĂLĂTORIA ALIMENTELOR

PRIN TUBUL DIGESTIV

Alimentele nu pot fi folosite de organismul nostru ca atare, ci numai în urma procesului de digestie, prin care ele sînt transformate în substanţe mai puţin complexe, care pot fi absorbite şi asimilate. Aceste transformări sînt, atît mecanice (sfărîmarea alimentelor prin masticaţie, înmuierea lor cu salivă, frămîntarea lor de către musculatura stomacului), cît şi chimice (desfacerea lor în substanţe din ce în ce mai



Rolul diferitelor organe în digestie.

1) — **cavitatea bucală;** *2)* — **stomac;** *3)* — **intestin subţire;** *4)* — **intestin gros**

simple, cu ajutorul sucurilor digestive care conţin fermenţi). Alimentele introduse în gură nu suferă numai procesul de masticaţie şi de înmuiere, ci datorită prezenţei în salivă a fermentului numit ptialină care atacă hidrocarbonatele (de exemplu amidonul din pîine), acestea încep să fie transformate în zaharuri mai simple, numite dextroze.

După deglutiţie (înghiţire), alimentele, parcurgînd faringele şi esofagul ajung în stomac, unde sînt supuse acţiunii sucului gastric. Acesta are o mare putere de digestie, datorită acidului clorhidric, pe care-l conţine, cît şi fermenţilor prin care acţionează asupra proteinelor (fermentul numit pepsină) şi grăsimilor (fermentul numit lipază). În afara acestor fermenţi, copilul mic, care consumă mult lapte, mai posedă încă un ferment, numit labferment, care acţionează asupra caseinogenului din lapte.

Alimentele în urma frămîntării pe care o suferă prin mişcările stomacului, cît şi în urma acţiunii digestive a sucului gastric (aceste fenomene sînt prezentate plastic în planşa alăturată, prin lopeţi, tîrnăcoape şi găleţi cu sucuri), sînt transformate într-o pastă, care trece mai departe în intestinul subţire.

În intestinul subţire, unde se acumulează sucurile digestive secretate de pancreas, de ficat (bila sau fierea) şi de el însuşi, se găsesc fermenţi pentru toate principiile alimentare: amilaza (pentru dulciuri), tripsina şi erepsina (pentru proteinele din carne, brînză, ouă), lipaza (pentru grăsimile de tot felul: untdelemn, untură, unt, slănină). Pe de altă parte, la acest nivel se mai găsesc fermenţi care completează acţiunea celor de mai sus, aşa încît alimentele ingerate sînt transformate într-un suc subţire care conţine substanţe relativ simple, şi anume: aminoacizii rezultaţi din digestia proteinelor, glucoza şi fructoza rezultate din digestia hidrocarbonatelor, gliceridele şi acizii graşi rezultaţi din digestia grăsimilor. Aceste substanţe au molecula suficient de mică, fapt ce le permite să străbată mucoasa intestinului subţire şi să pătrundă în sînge. Acest proces — numit absorbţie — poate avea loc într-un ritm rapid, ţinînd seamă de faptul că suprafaţa interioară a intestinului subţire este mult mărită prin prezenţa unor franjuri ale mucoasei sale, numite valvule conivente şi a unor foarte mici ridicături numite vilozităţi intestinale. Vilozităţile intestinale au un rol extrem de important, servind drept mici pompe aspiro-respingătoare, care aspiră apa şi substanţele nutritive, trecîndu-le în sînge. Sîngele plecat de la intestine, încărcat cu substanţe nutritive, trece mai întîi prin ficat, care, datorită rolului său important în diversele modificări metabolice, a fost numit — pe bună dreptate — laboratorul organismului, apoi ajunge în circulaţia generală şi de aici la toate organele, unde substanţele alimentare sînt utilizate pentru repararea celulelor, care îşi consumaseră unele substanţe în cursul diverselor activităţi, sau sînt depozitate, pentru a fi utilizate la nevoie.

Din intestinul subţire nu trec în intestinul gros decît resturi alimentare şi apă. La acest nivel au loc atît resorbţia apei, resturile devenind astfel mai consistente, cît şi procese de fermentaţie şi putrefacţie, produse de flora microbiană cantonată în mod normal în intestinul gros. În cele din urmă rezultă scaunul (materiile fecale), care sînt constituite din: resturi alimentare care nu au fost utilizate de organism (celuloză, zgîrciuri), resturi de sucuri digestive, microbi (care formează cea mai mare parte din fecale), şi unii pigmenţi (stercobilină), care le dau culoarea caracteristică.

Tratamente noi în BOLILE PROFESIONALE

Progresele medicinei muncii în țara noastră vor duce la dispariția progresivă a îmbolnăvirilor profesionale serioase, în Directivele Congresului al III-lea al P.M.R., accentul fiind pus, în domeniul ocrotirii sănătății, pe dezvoltarea activității profilactice, inclusiv sporirea măsurilor de protecție a muncii și de prevenire a bolilor profesionale și a accidentelor. Cele mai grave și mai numeroase dintre bolile profesionale care se întîlnesc în prezent — *pneumoconiozele* — sînt datorite condițiilor proaste de muncă existente acum 15—20—25 de ani în mine, cariere, turnătorii, fabrici de cărămizi refractare; expunerea muncitorilor la pulberi dăunătoare își arată efectele abia după un interval îndelungat de timp. În tratamentul silicozei, cea mai importantă dintre pneumoconioze, hormonii corticosuprarenali (cortizonul și compușii înrudiți) au dat rezultate bune, oprind în loc evoluția bolii care, cel mai adesea, continuă și după încetarea muncii în praf.

Tratamentul cu acești hormoni s-a arătat foarte eficace și într-o altă îmbolnăvire gravă a plămînului, *berilioza pulmonară cronică*, produsă de pulberile compușilor insolubili ai beriliului, metal tot mai larg întrebuințat în industria modernă. Înainte de introducerea acestui tratament, aproximativ o treime din bolnavi mureau; în ultimii ani nu a mai fost înregistrat nici un deces.

Corticoterapia a dat rezultate bune și în unele boli profesionale acute ale aparatului respirator, ca *bronșiolita obliterantă* datorită respirării de gaze sau vapori sufocanți (oxizi de azot, amoniac, acid clorhidric, clor, fosgen), sau ca *pneumoniile chimice* provocate de cadmiu, beriliu sau produsele petrolifere pătrunse în căile aeriene.

Intoxicațiile cu metale (plumb, cadmiu, mangan, cupru, bismut, vanadiu) și cu unele *elemente radioactive* naturale sau artificiale (plutoniu, americiu, uraniu, toriu, ytriu) sînt tratate cu ajutorul așa-numiților agenți chelanți, dintre care cel mai cunoscut este acidul etilendiamintetraacetic. În ultimul timp se utilizează pe o scară tot mai mare în pomicultură și agricultură *insecticidele organo-fosforate* (paration etc.), pentru combaterea unor dăunători care rezistă la celelalte insecticide. Parationul și compușii înrudiți sînt însă foarte toxici și pentru om, iar pătrunderea lor în organism se poate produce cu mare ușurință. De aceea, pînă în prezent au fost semnalate mai multe mii de cazuri de intoxicație, cu numeroși morți, mai ales în S.U.A., America de Sud și Japonia, din cauza lipsei mijloacelor de protecție. În cazurile ușoare și de gravitate mijlocie, tratamentul cu doze mari de atropină are efecte bune, însă în formele grave de intoxicație nici atropina nu reușește să înlăture toate efectele toxicului. Piridinaldoxina, introdusă în tratamentul acestei intoxicații în ultimii ani, este un adevărat antidot și permite obținerea unei vindecări rapide în cazurile cele mai grave.

În luptă cu minutele

(ASISTENȚA DE URGENȚĂ)

Liniștea nopții este tulburată doar de trecătorul întîrziat, ai cărui pași răsună sec pe caldarîmul străzii. Pe o stradă pustie, cu ferestrele întunecate, dintr-o singură clădire își revarsă razele lumina unui bec.

În fața pupitrelor, care se aseamănă mai degrabă cu băncile unei săli de clasă, două femei, în halate albe, urmăresc atente becurile minuscule, ca niște ochi de rubin. Un licăr scînteietor și telefonista a interceptat chemarea.

Undeva, departe, într-un cartier din marginea orașului, sau poate în centru, se consumă poate o dramă, care a doua zi va fi consemnată lapidar în raportul de gardă sub titlul generic: solicitări.

Muncitorul Gheorghe Stoica a fost trezit din somn de gemetele copilului său. S-a apropiat de el. I-a mîngîiat fruntea care ardea. Copilul se zbuciumă chinuit de dureri. Mama l-a luat în brațe și încearcă să-l liniștească. Ce să facă? Pe cine să cheme? Acum în puterea nopții, cînd tot orașul doarme?

Sînt oare singuri? Nu. Sînt oameni care veghează. Vor veni și îi vor ajuta.

Gheorghe Stoica ridică receptorul telefonului și cu înfrigurare formează un număr: 06. Un apel prelung, un pocănit scurt și la celălalt capăt al firului o voce calmă răspunde:

— La telefon Salvarea.

— Vă rog... Copilul meu este foarte bolnav. Are febră mare, se sufocă. Noi nu știm ce trebuie să facem. Vă rugăm... un doctor...

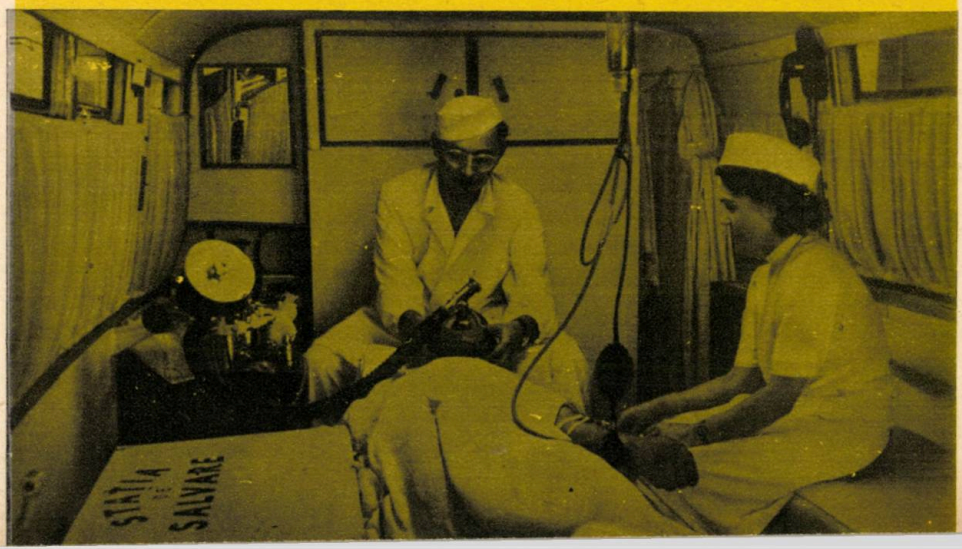
— Liniștiți-vă și răpundeți la întrebările mele, încearcă telefonista să sintetizeze discuția.

Se precizează numele micului bolnav, locul unde urmează să fie trimisă autosalvarea cu medicul pediatru. Fișa de solicitare este completată, semnalul de plecare este dat. Zgomotul motorului se pierde în noapte.

La poartă, în fața casei, Gheorghe Stoica scrutează nerăbdător strada pustie.

În mașină, lîngă șofer, medicul pri-

Mașina antișoc în acțiune.



Un nou lot de mașini!

vește acele ceasornicului. Minutele se scurg indiferente: 3—5—7.

Medicul, însoțit de tatăl copilului, intră în casă. Examinarea nu durează mult. Simptomele sînt destul de grăitoare.

— Ați făcut bine că ne-ați chemat. Nu, nu fiți îngrijorați, pneumonia nu mai înseamnă azi ceva grav. Dar copilul trebuie internat.

— Cum? Noaptea? Poate că mîine... Încearcă mama să mai amîne despărțirea de copilul bolnav măcar cu cîteva ore.

— Îl ducem chiar acum la spital. Vei merge și dumneata cu el, o liniștește medicul.

Și mașina albă aleargă din nou în noapte.

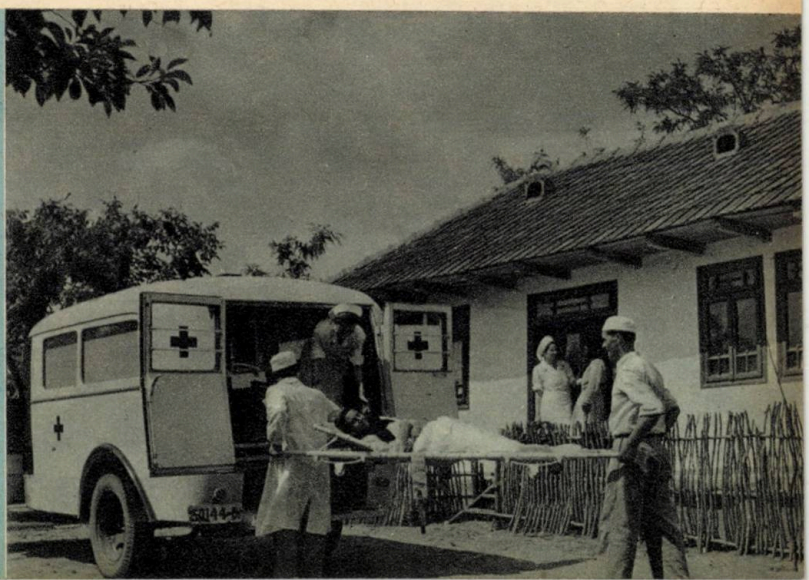
Și din nou becul rubiniu semnalizează. În comuna Roșu, pe Ioana Marin au trezit-o din somn durerile: acute, sfîșietoare. A venit oare sorocul? După asigurările moașei, trebuia să nască peste cîteva zile. Toți ai casei sînt alarmați. Soțul Ioanei s-a îmbrăcat și a plecat în grabă la sfatul popular să cheme salvarea.

La telefon, de partea cealaltă a firului, medicul coordonator.

— De cînd au început durerile? Sînt frecvente? Cum se manifestă? Bolnava să stea liniștită în pat. Să nu facă nici o mișcare, nici un efort.

Moașei de serviciu, care va pleca cu mașina, după cîteva scurte instrucțiuni, același medic coordonator i se adresează:

Asistența de urgență în mediul rural.



— Veți merge cu maxim de viteză. Și numai dacă timpul scurt nu-ți permite s-o transporți la maternitate asiști nașterea la domiciliu. Numai în acest caz! E limpede? Trusa este completă? Mai bine s-o verificăm încă o dată! Și împreună cu moașa mai controlează o dată conținutul trusei de ajutor la naștere.

Dar zorii zilei au găsit-o pe Ioana Marin internată în maternitate. Din salonul alăturat, un scîncet de copil o face să tresară: „Al meu o fi oare?"

La salvare, cîteva minute de acalmie. Începe o nouă zi de lucru. O nouă zi de veghe. Și liniștea este iarăși întreruptă de ochiul magic care înregistrează, primul, chemarea de ajutor.

— La telefon Salvarea! Vă ascultăm.

— Un accident pe șantierul x. Vă rugăm trimiteți repede o mașină, un medic, mă rog, tot ce credeți!

— Dar ce s-a întîmplat?

— Un zidar a căzut de pe schelă.

— Cine anunță?

— Tovarășii lui.

Dintr-o privire aruncată pe fișa de solicitare, medicul coordonator a înțeles că trebuie să plece imediat mașina antișoc.

Instalația de oxigen, aparatul de transfuzie a sîngelui, trusa chirurgicală sînt în perfectă stare de funcționare.

Mașina albă zboară pe străzi ca o săgeată. Mai repede! Tot mai repede! Este în pericol viața unui om. Medicul privește din nou cu atenție fișa. Cîți ani are Dumitru Voican? 21! Mai repede!

Un viraj scurt și mașina a intrat pe poarta șantierului. Într-o cameră accidentatul zace fără cunoștință. Cu o deosebită grijă muncitorul este dus în mașină. Nu, în asemenea stare nu poate fi dus la spital. De altfel, pentru asemenea cazuri este și destinată mașina aceasta, un spital de urgență în miniatură. Este pusă în funcțiune instalația de oxigen. O perfuzie de ser antișoc, un pansament abil executat, readuc din nou semnele de viață în trupul lui Dumitru. Acesta deschide ochii și privește buimac în jur.

— Ce mi s-a întîmplat? Unde sînt?

— Sst. Liniște! Ești în mîini bune.

Peste cîteva minute mașina aleargă din nou: accidentatul, scos din starea de șoc, este dus acum la spitalul de urgență.

...După două ore, care s-au scurs din clipa cînd butonul roșu semnala accidentul, Dumitru Voican se află într-o rezervă a spitalului, operat, în afara oricărui pericol.

Zeci și sute de semnale ale beculuí rubiniu aduc pe medicii stației de salvare acasă, la domiciliul bolnavilor: hipertensiune arterială, colici hepatice sau nefretice, astm bronșic, spasme coronariene, iată bolile ale căror stări acute pot fi ameliorate acasă, la patul bolnavului.

Trusele medicilor sînt doldora de toate cele menite să aline suferința.

O armată întreagă de oameni — începînd de la medicii care își predau fără răgaz ștafeta, continuînd cu surorile și moașele, cu telefonistele sau șoferii care veghează neobosiți la volan — dă o luptă încleștată cu minutele pentru alinarea suferinței, pentru îndepărtarea aripii negre a morții, pentru salvarea unei vieți primejduite.

O zestre bogată slujește acestui nobil scop. Stația de salvare a Capitalei are azi peste 100 de autosanitare, din care peste 20 sînt destinate asistenței medicale la domiciliu.

Dar astăzi fiecare raion are una, două sau chiar trei mașini de salvare. Pe drumuri de țară, coborînd în văi, sau pătrunzînd în inima munților, acolo unde altădată se puteau vedea cotigi ducînd agale bolnavii, circulă azi în viteză mașinile moderne ale serviciilor de salvare.

Sînt numai cîteva verigi, dar foarte de nădejde, ale unui lanț nesfîrșit de măsuri menite să apere azi viața și sănătatea omului.

SÎNGELE

Organismul omului este alcătuit dintr-un număr uriaș de celule, grupate în diferite țesuturi, organe și sisteme. Cu toate că organismul, în ansamblul său, trăiește în mediul extern înconjurător, de care este strîns legat, celulele sale își duc viața într-un mediu lichidian propriu, din care își iau hrana și în care devarsă resturile provenite din activitatea lor. Din acest *mediu intern* face parte și sîngele, care circulă într-un sistem închis de vase și care participă la menținerea neschimbată a compoziției și la primenirea neîncetată a mediului intern.

Sîngele este un lichid complex, în care sînt suspendate *globulele* sau celulele sanguine. Partea lichidă a sîngelui, care asigură transportul globulelor, poartă numele de *plasmă*. Asupra funcțiilor sale în organism, care sînt cel puțin tot atît de importante ca acelea ale globulelor, nu ne vom opri prea mult, ci le vom înșira numai pe cele mai importante: aduce țesuturilor substanțele hrănitoare, transportă spre locurile de eliminare resturile rezultate din activitatea celulară, distribuie în tot organismul hormonii diferitelor glande, participă la păstrarea temperaturii normale a corpului, la menținerea tensiunii arteriale și la apărarea organismului împotriva diferiților agenți vătămători.

Globulele sîngelui sînt de 3 feluri: globule roșii, globule albe și plăcuțe, avînd fiecare sarcini diferite în corpul omenesc.

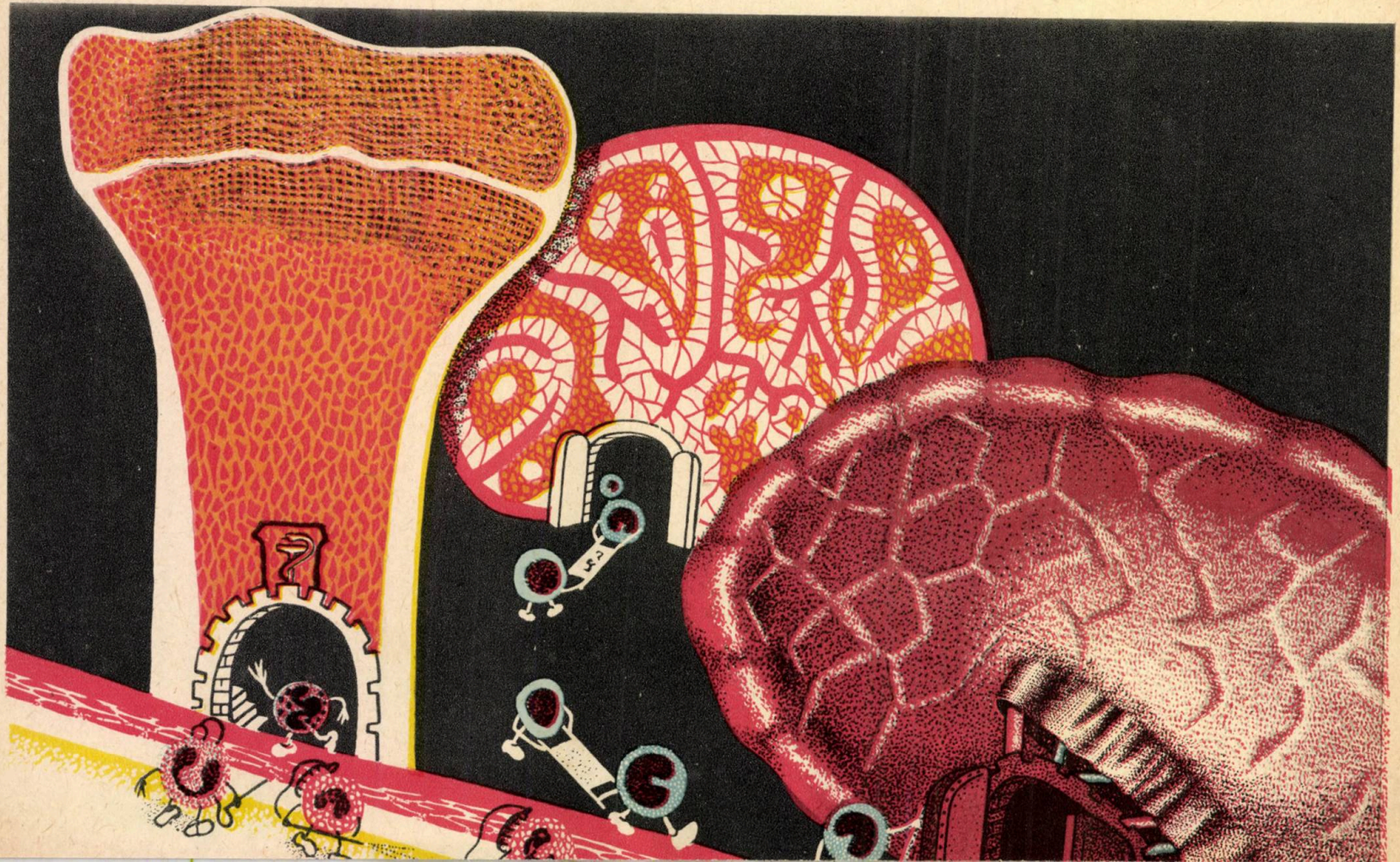
Globulele roșii, numite încă și hematii sau eritrocite, sînt elemente celulare atît de mici, încît nu pot fi văzute decît cu microscopul. Numărul lor este foarte mare: într-un milimetru cub de sînge se găsesc circa 4—4,5 milioane, ceea ce înseamnă că într-un litru de sînge există circa 4—5 milioane de milioane, iar în cei 5 litri de sînge, cît are un organism adult sănătos, 20—25 de milioane de milioane de globule roșii. Din cauza acestui număr uriaș, cu toate dimensiunile lor extrem de mici, suprafața lor totală reprezintă aproximativ un sfert de hectar, iar prin înșiruirea lor, una lîngă alta, s-ar putea întinde un fir ce ar înconjura de 3 ori și jumătate globul pămîntesc.

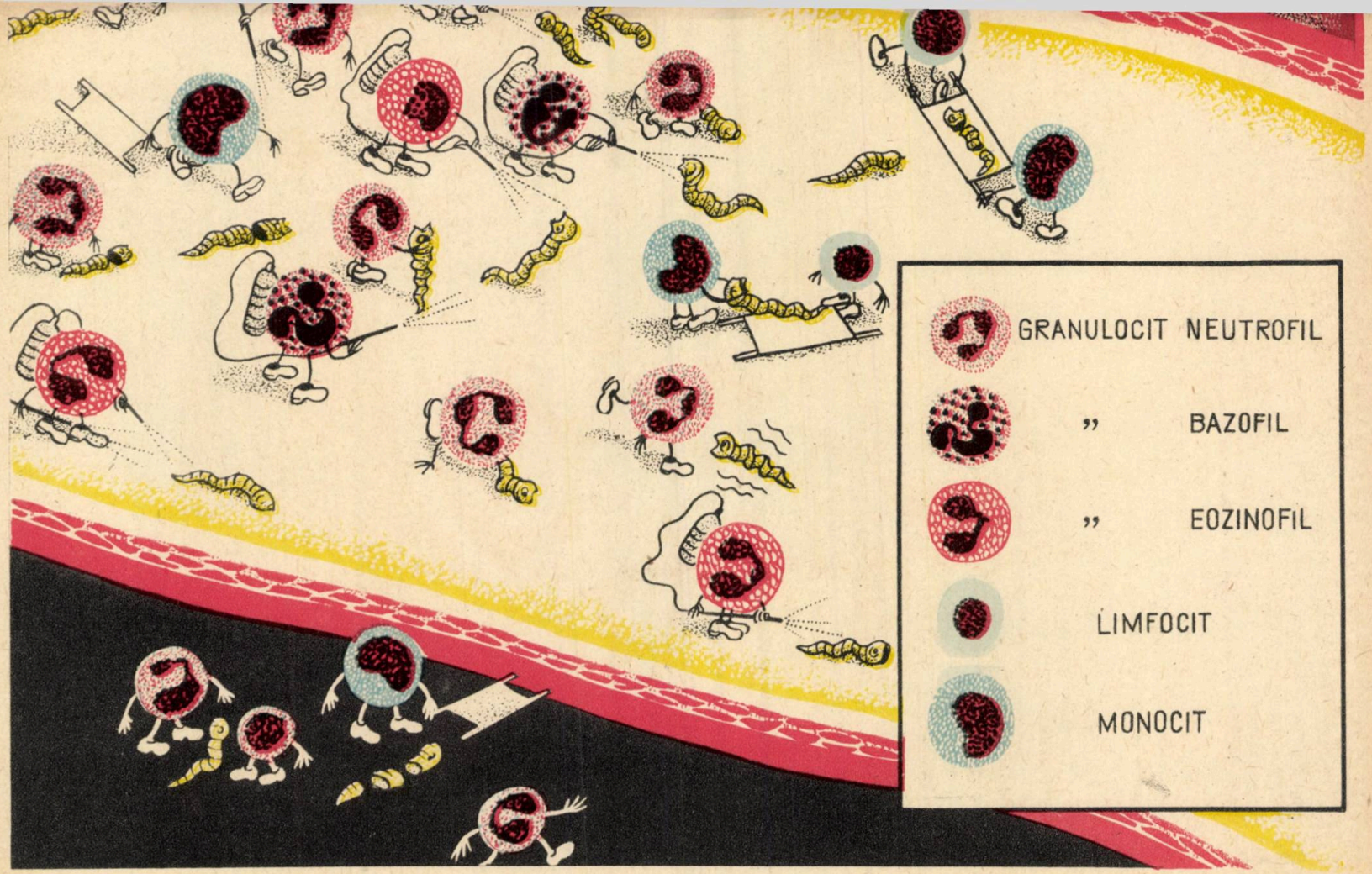
Rolul hematiilor în organism constă în asigurarea transportului de oxigen de la plămîni pînă la țesuturi, unde este folosit de către celule, la arderile producătoare de energie. Acest transport se face cu ajutorul unei substanțe conținute în hematii și denumită hemoglobină, care fixează ușor oxigenul și apoi îl eliberează.

Viața globulelor roșii este relativ scurtă, fiind în jurul a 120 de zile. Aceasta înseamnă că în decurs de 4 luni întreg acest capital uriaș de hematii este complet înlocuit. Sarcina aceasta este îndeplinită de către măduva oaselor, locul de formare a hematiilor și a celorlalte elemente ale sîngelui, care reușește să producă aproximativ 150—200 de milioane de globule roșii pe minut.

Atunci cînd se pierde sînge, cînd distrugerea hematiilor este mai rapidă sau cînd formarea lor este nesatisfăcătoare, numărul lor în sînge scade, apărînd *anemia*. Dimpotrivă, uneori numărul hematiilor poate să crească, așa cum se întîmplă la locuitorii regiunilor de munte, care trăiesc la înălțimi mai mari de 2000 —3000 m. Această creștere apare chiar la cei care locuiesc un timp scurt la asemenea înălțimi, explicînd astfel efectele antianemice pe care le au curele de munte.

Globulele albe, denumite și leucocite, se găsesc în număr de 6000—8000 pe milimetrul cub, ceea ce reprezintă cam 6—8 miliarde la litru sau 30—40 de miliarde în întreaga masă a sîngelui. Spre deosebire de hematii, leucocitele sînt ceva mai mari, au o viață mult mai scurtă — de numai cîteva zile — și se deosebesc unele de altele prin anumite amănunte de structură, fiind împărțite în mai multe grupe: granulocite, limfocite, monocite. De asemenea, unele dintre ele nu sînt fabricate de măduva oaselor, ci de ganglionii limfatici și de splină, iar altele ar proveni chiar din celulele diverselor țesuturi, de unde sînt atrase în curentul sanguin.




GRANULOCIT NEUTROFIL
" BAZOFIL
" EOZINOFIL
LIMFOCIT
MONOCIT

Sarcina principală a globulelor albe din sînge este reprezentată de apărarea organismului împotriva microorganismelor producătoare de infecții, adică a microbilor. Ele circulă dintr-un loc în altul, prin țesuturi, putînd străbate cu ușurință pereții vaselor sanguine și adunîndu-se în cantități enorme la punctul unde microbii au pătruns în organism. Aci globulele albe înconjură zona infectată, izolînd-o de țesuturile sănătoase, și încep să atace germenii invadanți, pe care-i înglobează în corpul lor și îi distrug. Această proprietate a leucocitelor, descrisă de savantul rus Mecinikov, poartă numele de „fagocitoză".

În lupta cu microbii pier și multe leucocite, ucise de toxinele puternice ale microbilor. Leucocitele moarte se adună în mijlocul cîmpului de luptă, unde, împreună cu alte resturi celulare, formează puroiul.

Trebuie precizat că în lupta contra microbilor și toxinelor lor, unele leucocite (limfocitele) participă și prin fabricarea unor substanțe speciale de luptă, denumite anticorpi, care sînt eliberate în plasma sanguină și împrăștiate în tot corpul.

Orice atac microbian de oarecare importanță provoacă nu numai o reacție leucocitară la locul de pătrundere, ci și descărcarea lor din măduvă, cu creșterea numărului de leucocite din sînge. Această modificare a numărului de leucocite și eventual proporțiile diverselor feluri de leucocite capătă uneori o mare valoare în diagnosticul unor boli.

Plăcuțele sanguine sau trombocitele sînt elementele cele mai mici ale sîngelui și se găsesc în număr de 200 000—400 000 pe milimetrul cub. Rolul lor principal constă în a asigura coagularea sîngelui, împiedicînd astfel scurgerea lui din vasele rănite din diverse cauze.

În încheiere se poate spune că sîngele, prin plasma și elementele sale celulare, îndeplinește în organism o serie de funcții indispensabile vieții: asigurarea unui mediu intern neschimbat, aducerea oxigenului necesar arderilor celulare și apărarea împotriva microorganismelor invadante. Armele moderne de luptă împotriva microbilor — antibioticele — oricît ar fi ele de puternice, nu vor putea niciodată înlocui armele naturale ale organismului — leucocitele — ci numai le vor ajuta în îndeplinirea sarcinii lor principale.

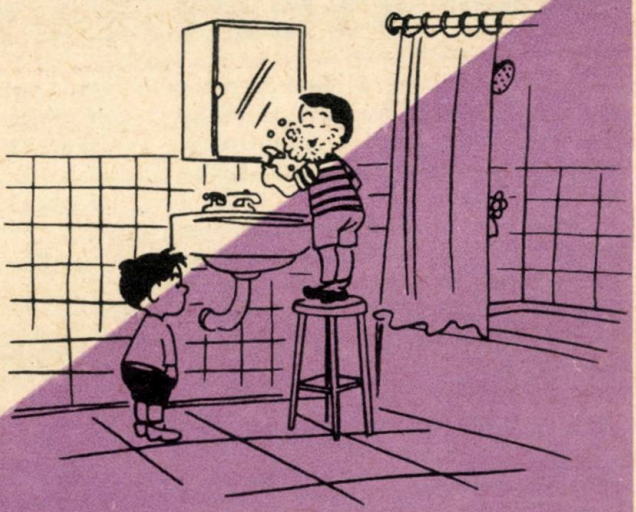
Știți... ce alimente conțin fier utilizabil mai mult de 0,5 mg%?

Spanac	2 mg%	Linte	4,6 mg%	Ficat	13 mg%
Andive	1,9 mg%	Migdale	4,5 mg%	Cîrnați	3 mg
Mazăre	1,3 mg%	Caise uscate	4 mg%	Ouă	2,5 mg%
Cartofi	0,5 mg%	Smochine uscate	4 mg%	Carne de oaie	1 mg%
Morcovi	0,5 mg%	Pîine neagră	2,8 mg%	Carne de vacă	0,5 mg%
Varză	0,5 mg%	Ciocolată	2,7 mg%	Carne de găină	0,5 mg%
Anghinare	0,5 mg%	Pîine albă	0,9 mg%		
		Nuci	0,7 mg%		

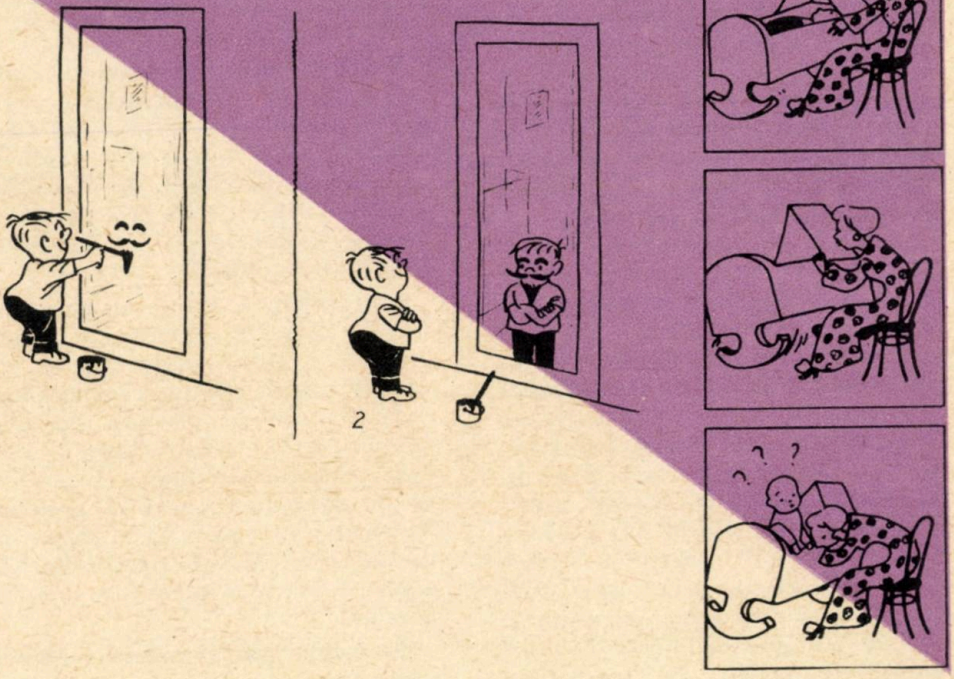
Nevoile de fier ale organismului depind de pierderile suferite. Normal se elimină 1—2 mg pe zi (urină, fecale, descuamări, creșterea părului). Eliminările sînt mărite episodic prin sarcină (1—2 mg pe zi), alăptare (0,5 mg pe zi), menstre (30 mg pe zi), hemoragie (100 ml corespund la 50 mg fier). Absorbția în doze terapeutice uzuale este de cîteva cg de fier pe zi, organismul neputînd să absoarbă mai mult. Calculul cantității totale necesare se face în funcție de un aport maxim de 5—10 cg fier pe zi și astfel se poate fixa durata totală a tratamentului corector (în funcție de normalizarea hipocromiei, valorii globulare, indicelui de culoare).

UMOR

POLONEZ



Fără cuvinte...



Cîte ceva despre ATEROSCLEROZĂ

Astăzi se discută foarte mult despre ateroscleroză, afecțiune care constituie o importantă cauză de boală începînd de la 40 — 45 de ani.

Progresele științei medicale din ultimii ani au adus multe lămuriri în legătură cu producerea aterosclerozei și au găsit de asemenea metode eficiente de prevenire și tratament.

CE ESTE ATEROSCLEROZA?

Ateroscleroza constă în infiltrarea peretelui arterelor cu grăsimi. Aceste grăsimi sînt constituite în primul rînd din colesterol și se depun în peretele cel mai intern al arterelor.

Depunerea grăsimilor se face la nivelul anumitor artere, care vascularizează de obicei organele importante din organismul omului.

Astfel se depun în special la nivelul aortei, la nivelul arterelor inimii (arterele coronare), la nivelul arterelor creierului, arterelor rinichiului, precum și la nivelul arterelor membrelor inferioare.

O dată cu depunerea acestor grăsimi în peretele arterial ia naștere o bogată reacție de apărare din partea peretelui arterial. În jurul acestui depozit de grăsimi se dezvoltă numeroase fibre conjunctive, care în mod normal se găsesc în cantitate mică. Această dezvoltare de fibre conjunctive duce la îngroșarea arterelor, care-și pierd elasticitatea lor obișnuită. De asemenea se produce o îngustare a arterelor, a cărei consecință imediată este o aprovizionare defectuoasă cu sînge a organelor irigate de arterele aterosclerоase. În fazele mai înaintate ale bolii, în jurul acestor depozite de grăsimi se pot depune săruri de calciu precipitate, ceea ce va duce la o rigiditate și îngustare și mai mari ale arterelor.

CARE SÎNT COMPLICAȚIILE ATEROSCLEROZEI?

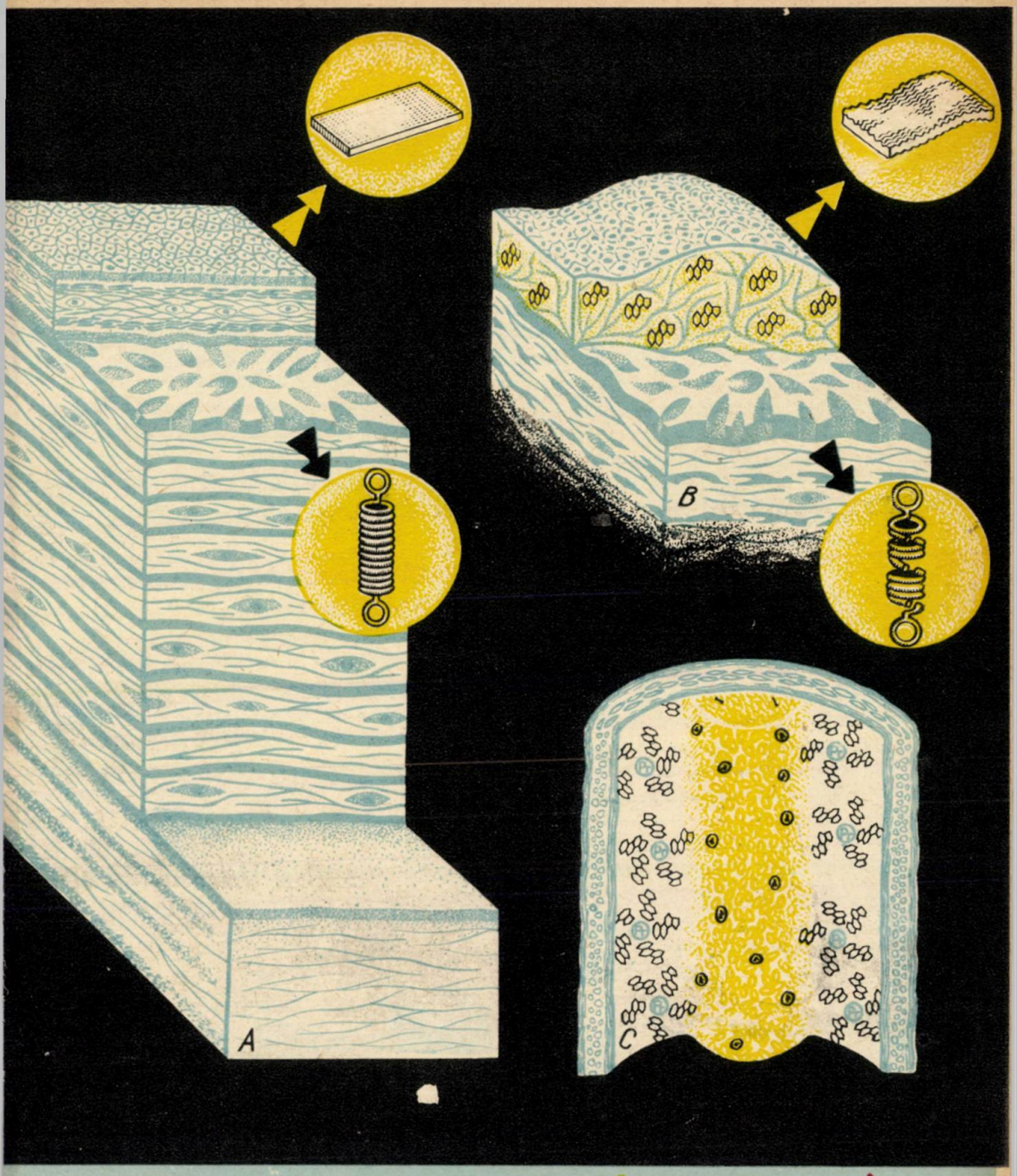
Complicațiile aterosclerozei sînt foarte variate și ele constituie importante cauze de boală și de moarte la vîrstele mai înaintate.

Foarte des întîlnită este hipertensiunea arterială, datorită pierderii elasticității aortei. Ateroscleroza arterelor creierului este cauza cea mai frecventă a hemoragiilor cerebrale, a paraliziilor care survin în mod brusc sau lent la oamenii în vîrstă; de asemenea este cauza principală a o serie de tulburări psihice, cum este demența senilă.

Ateroscleroza arterelor inimii este cauza cea mai des întîlnită a anginei pectorale și a infarctului miocardic, a unor insuficiențe cardiace la oamenii în vîrstă, boli în care aprovizionarea cu sînge a porțiunii de mușchi cardiac irigat de artera lezată este oprită.

Ateroscleroza arterelor rinichiului, pe lîngă hipertensiune, poate produce o insuficiență renală, cu creșterea ureei în sînge. Localizarea aterosclerozei la nivelul arterelor membrelor inferioare duce la scăderea irigației cu sînge a mușchilor de la nivelul coapsei și gambei. Piciorul este mai rece; după ce merge un număr de pași, bolnavul simte o durere violentă la nivelul gambei.

În fazele mai avansate poate apărea chiar gangrena (mortificarea)



A — Se vede structura normală a unei artere mari. Stratul intern, care privește curentul sanguin, este format dintr-un rînd de celule foarte netede, care împiedică coagularea sîngelui. Se vede imediat stratul de fibre elastice, care dă proprietățile elastice peretelui arterial. Urmează apoi stratul muscular și învelișul cel mai extern. B — Aceasta este o arteră aterosclerotică. Sub stratul intern se depune o mare cantitate de grăsimi sub formă de colesterol (se vede scheletul formulei sale). Stratul intern se îngroașă și îngustează lumenul arterei. Țesutul conjunctiv care se găsea în cantitate mică proliferează anarhic în jurul grăsimii depuse. Artera își pierde elasticitatea. C — Cum se formează ateroscleroza: ingestia unei mari cantități de grăsimi duce la formarea de picături mari de colesterol în jurul unei molecule de proteine (kilomicroni). Din cauza marilor greutăți, acestea se depun pe pereții arterei și se infiltrează în peretele intern.

porțiunilor membrului inferior, care nu mai sînt irigate cu sînge.

CARE ESTE CAUZA ATEROSCLEROZEI?

În urma numeroaselor cercetări se poate spune că se cunoaște astăzi cauza aterosclerozei. Marele om de știință sovietic A. Anicikov a reușit să producă la animal leziuni de ateroscleroză asemănătoare cu cele ale omului. Hrănind iepurii cu cantități mari de grăsimi, el a observat după un timp apariția leziunilor de ateroscleroză.

Iată deci că principala cauză a aterosclerozei este consumul exagerat de grăsimi. Observațiile ulterioare au confirmat justețea acestui punct de vedere. Astfel, populațiile care consumă în mod obișnuit cantități mici de grăsimi nu fac ateroscleroză. Ateroscleroza nu se întîlnește la japonezi. Japonezii care își părăsesc țara și care încep să se alimenteze după obiceiurile europenilor sau americanilor fac însă ateroscleroză.

Cercetări biochimice complexe au arătat că ingerarea unor cantități mari de grăsimi face ca acestea să se aglomereze împreună cu proteinele în molecule mari, care se numesc kilomicroni și care se depun mult mai ușor în peretele arterial.

S-a constatat de asemenea că în producerea aterosclerozei nu toate grăsimile joacă același rol. Cele mai aterogene grăsimi sînt acelea care sînt foarte bogate în acizi grași saturați și în colesterol. Acestea sînt grăsimile animale, în special grăsimea de porc. Din contră, uleiurile vegetale, care sînt bogate în acizi grași nesaturați, scad cantitatea de colesterol din sînge și au un efect antiaterogen. Grăsimile din uleiurile vegetale împiedică formarea acelor molecule mari, kilomicroni, care se depun atît de ușor în peretele arterial. Din acest punct de vedere, cele mai indicate sînt: uleiul de floarea soarelui, uleiurile din porumb și alte uleiuri vegetale. Grăsimile animale, care sînt bogate în acizi grași nesaturați, de asemenea nu produc ateroscleroză. Astfel, grăsimea de focă pe care eschimoșii o consumă în cantități mari, fiind foarte bogată în acizi grași nesaturați, nu produce ateroscleroză.

În afară, însă, de consumul exagerat de grăsimi mai există numeroase cauze care favorizează apariția aterosclerozei. Astfel, starea alterată a peretelui arterial, aportul insuficient de vitamine (în special vitamina E, vitamina C, vitamina P), insuficiențe ale glandelor endocrine (tiroida, ovarele), reprezintă factori favorizanți ai aterosclerozei.

Modul de viață și în special sedentarismul, alcoolismul, joacă un rol important. Medicul este acela care poate să aprecieze pentru fiecare bolnav în parte cauzele care au produs ateroscleroza.

SE POATE PREVENI ATEROSCLEROZA?

Deoarece urmările aterosclerozei sînt foarte grave și deosebite, medicina actuală cercetează cu atenție diferitele aspecte ridicate de ateroscleroză, insistînd în special asupra metodelor de prevenire.

Acum, cînd cunoaștem cauzele care produc ateroscleroza, este mai ușor să discutăm prevenirea sa.

Desigur că cea mai importantă metodă o reprezintă o alimentație rațională, în care aportul de grăsimi aterogene (care ușurează producerea aterosclerozei) să fie diminuate.

În rația alimentară a unui om normal trebuie să existe aproxima-

tiv 1 g de grăsimi pentru fiecare kilogram de greutate corporală. Astfel, un om de 60 kg poate folosi cam 60 g grăsimi pe zi. Este recomandabil să se folosească, atît grăsimi animale, cît și grăsimi vegetale.

Cantitatea de grăsimi necesară unui om de 60 kg, pe 24 de ore, se găsește în următoarele alimente:

1 ou	5 g	grăsimi
100 g brînză telemea	25 g	„
100 g carne vacă	7 g	„
25 g untură porc	23 g	„
200 g pîine	2 g	„

Pentru evitarea aterosclerozei este necesară folosirea în special a uleiurilor vegetale, untul, smîntîna, fiind restrînse grăsimile animale și în special grăsimea de porc.

Deși foarte mulți dintre noi sînt convinși că nu consumă multe grăsimi, totuși la un control atent se poate vedea ce cantități de grăsimi se mănîncă.

Un singur exemplu al unui om care poate pretinde că mănîncă „ușor“:

— Dimineața	— 200 g lapte vacă	8 g	grăsimi
— La ora 11 o mică gustare	— un iaurt 100 g	3 g	„
— La prînz o alimentație lacto-vegetariană	— mămăliguță cu unt și brînză	6 g	„
	— omletă de ouă cu șuncă:		
	2 ouă	10 g	„
	30 g șuncă	10 g	„
	20 g untură	20 g	„
— Gustarea de după amiază	— ciocolată 50 g	15 g	„
	— frișcă 50 g	20 g	„
— Seara o singură friptură de porc 100 g		35 g	„
		Total 186 g	„

Iată deci că în mod „ușor“ cu un asemenea meniu zilnic se poate ingera cantitatea de grăsimi necesară pentru 3 zile. Cunoscînd aceste adevăruri și aplicînd cele spuse mai sus cu privire la avantajele folosirii grăsimilor vegetale se poate forma o alimentație rațională, în care aportul de grăsimi să fie cel necesar.

În afară de alimentație, un factor important în prevenirea aterosclerozei îl are modul de viață. Viața sedentară, fără eforturi fizice, predispune la apariția aterosclerozei. În statul nostru democrat-popular, oamenii muncii au toate condițiile necesare practicării a numeroase forme de cultură fizică.

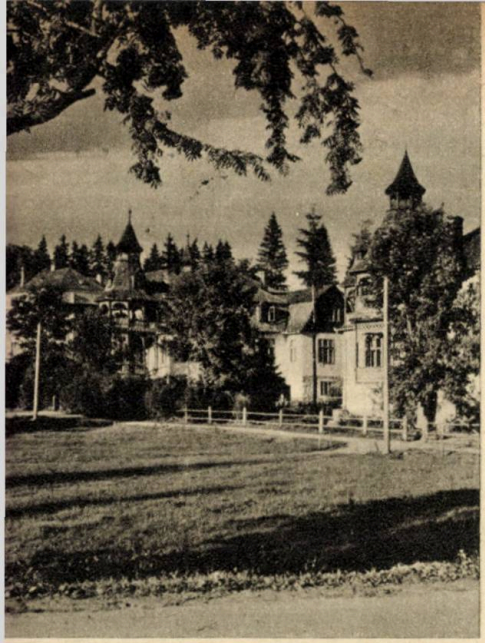
Dezvoltarea turismului, a numeroaselor baze polisportive, a cicloturismului asigură, nu numai o dezvoltare fizică armonioasă, dar constituie și o metodă de prevenire a aterosclerozei, racilă veche, dar învinsă, a bătrîneții.

Am lăsat la o parte metodele medicamentoase de prevenire și tratament ale aterosclerozei, ele fiind de competența medicului.

Trebuie știut, însă, că medicina modernă posedă astăzi numeroase metode de prevenire și tratament al aterosclerozei, că o mare parte dintre ele sînt încă în experimentare. Alcătuirea unei alimentații raționale, a unui mod de viață în care să aibă un loc important cultura fizică, constituie însă armele principale de luptă împotriva aterosclerozei.

Aprilie

L		3	10	17	24
M		4	11	18	25
M		5	12	19	26
J		6	13	20	27
V		7	14	21	28
S	1	8	15	22	29
D	2	9	16	23	30



Borsec

Staţiune balneo-climatică permanentă, situată în regiunea Autonomă Maghiară, raionul Topliţa, la 27 km de gara Topliţa (pe linia Oraşul Stalin-Gheorghieni).

Borsecul este situat pe versantul vestic al munţilor Gherghiului, într-o vale largă, la a altitudine de 900 m, înconjurat de munţi împăduriţi.

Borsecul se află în climat subalpin, cu vînturi rare, mai ales din sectorul nordic.

Precipitaţiile sînt în general de scurtă durată, mai abundente în iunie şi august, mai rare în februarie. Iernile sînt reci şi verile răcoroase. Temperatura medie iarna —7° în ianuarie şi 14°,3 în iulie. Presiunea atmosferică 644 mm în decembrie şi 685 mm în iulie.

Factorii terapeutici ai Borsecului sînt reprezentaţi de izvoarele sale minerale, cu ape carbo-gazoase, bicarbonatate, calcice, sodice, magneziene, hipotone, precum şi nămolul de turbă.

Pentru cura internă sînt folosite apele izvoarelor: Principal, Nicolae Bălcescu, Cloşca, Republica, Kossuth, Horia, Petőfi, Pierre Curie. Pentru băi se utilizează apele izvoarelor Principal şi Republica.

În staţiune există o serie de instalaţii de cură, ca: buvete pentru cură internă cu ape minerale, instalaţii pentru băi calde cu apă minerală carbo-gazoasă, instalaţii pentru aplicaţii de nămol (căzi pentru băi de nămol), ştrand cu solarii pentru aeroterapie şi helioterapie, instalaţii de fizioterapie, precum şi o sală de cultură fizică medicală.

Sînt indicate pentru tratament în staţiunea Borsec o serie de afecţiuni ale tubului digestiv şi glandelor anexe ca: gastrite cronice hipoacide sau anacide, colite şi enterocolite cronice, diskinezii biliare, hepato-colecistite cronice, litiază biliară, ciroze incipiente, diabet, diateze urice, în boli ale glandelor endocrine: obezitate, Basedow etc., în boli ale aparatului cardio-vascular: stări după miocardite toxiinfecţioase, boală hipertonică, angină pectorală uşoară, nevroză cardiacă, unele afecţiuni valvulare compensate, tulburări vasculare periferice: acrocianoză, flebosclerozâ, sechele de tromboflebită.

Aplicaţiile de nămol sînt indicate în boli genito-urinare, neuromialgii, reumatism cronic degenerativ, nevralgii sciatice, atunci cînd aceste boli sînt asociate cu boli gastro-intestinale, boli cardio-vasculare sau cu hipertiroidie.

Climatul staţiunii este un climat de cruţare, indicat pentru astenia nervoasă.

ŞTIAŢI CĂ...

...primele date oficiale arată că apa de Borsec era exploatată încă din anul 1770 şi se vindea la Pesta şi Viena, precum şi în Moldova şi Muntenia? În 1770; într-o carte despre „Izvoare", profesorul vienez dr. Krantz vorbeşte despre calităţile terapeutice ale izvoarelor de la Borsec.

...în 1793, dr. Neustadler, medic, din Transilvania, scria într-o revistă medicală care apărea la Sibiu despre calităţile terapeutice ale apelor minerale din Borsec?

...instalaţiile şi stabilimentele din Borsec au fost distruse în ambele războaie mondiale? Regimul democrat-popular a refăcut şi lărgit mult instalaţiile din staţiune şi au fost construite numeroase case de odihnă şi sanatorii.

Factor vitaminic și de regenerare în tratamentul și pre venirea fenomenelor de îmbătrînire. Se administrează numai cu prescripție medicală

Ástmosedolul reduce spasmul bronșic, îmbunătățește circulația pulmonară și fluidifică secreția bronșică, ușurînd expectorația. Pentru indicații și precizarea duratei tratamentului adresați-vă medicului de circumscripție

ASTMOSEDOL

CENTENARI REDAȚI VIEȚII ACTIVE

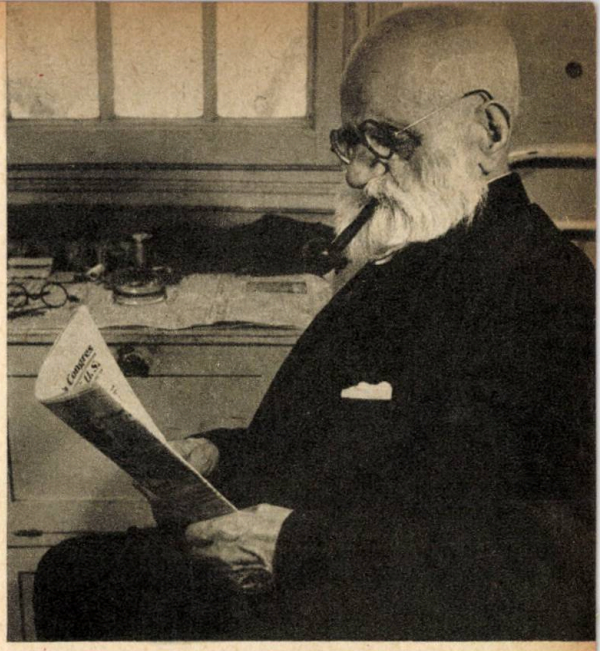
113 ani sînt, ce-i drept, o vîrstă destul de respectabilă. Mai ales cînd cel ce-i poartă pe umeri nu-i mai arată, ba chiar se simte tot mai tînăr! Așa ceva este de domeniul fanteziei, vor spune poate scepticii. Și totuși prin tratarea bătrîneții, ca oricare boală, se pot vedea tot mai mulți asemenea... „tineri", în ciuda anilor calendaristici pe care-i au.

Parseh Margosian, care deține recordul celor 113 ani, este unul din acești „tineri" ai vremurilor noastre. Cu 7 ani în urmă, prezenta o slăbire generală a organismului, care-l imobilizase la pat. Vîrsta, ce să-i faci? — spuneau mulți văzîndu-l atunci. Dar cei ce-l cunoșteau pe Parseh Margosian îl privesc azi cu mirare crescîndă, ba chiar nu-l recunosc! El merge acum cu ușurință, sprinten, aidoma unui tînăr. Pigmenții de bătrînețe care-i presărau pielea au dispărut ca prin farmec. Părul alb și-a reluat culoarea de odinioară. Pe zi ce trece, forța musculară îi revine, iar starea sa generală s-a ameliorat simțitor. Într-un cuvînt, a devenit un alt om. Enigmă sau minune? Da, o minune a științei noastre medicale. Tratamentul împotriva bătrîneții pe care l-a urmat riguros și-a spus cuvîntul. Un cuvînt cu atît mai greu, dacă ținem seama că, cu toată vîrsta înaintată, Parseh Margosian vorbește curent cele 7 limbi orientale pe care le cunoaște, își amintește de cele mai îndepărtate evenimente pe care le-a trăit și reține cu ușurință datele noi.

.....

La 78 de ani, Ortensia Iorgulescu își vedea viața sfîrșită. Suferea de angină pectorală, iar durerile puternice în genunchi o împiedicau să meargă. Dar în ultimii 7 ani s-au schimbat multe și în viața ei. La 85 de ani, ea tricotează, citește, se plimbă, ducînd o viață activă cîte 12 ore pe zi.

Acești doi „tineri" nu sînt singurele cazuri de bătrînețe tratate cu succes la Institutul de geriatrie din București. Am



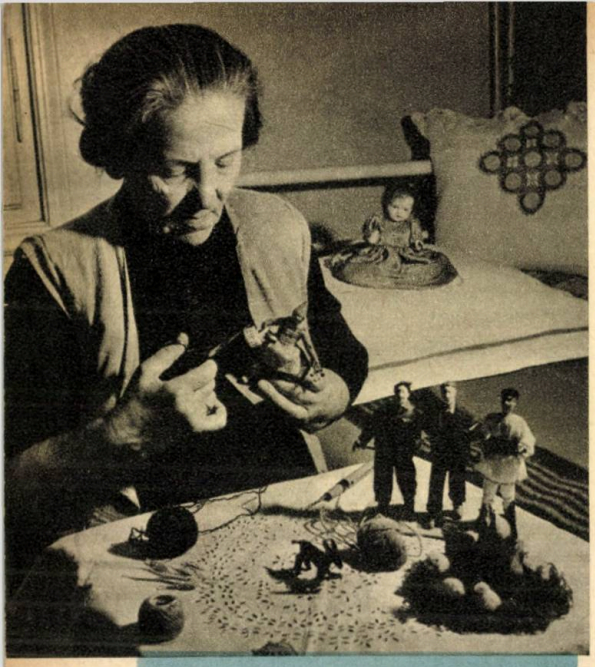
Parseh Margosian.

mai putea cita aici și nume ca: Maria Jugănaru, blondă la 80 de ani, Rada Stan, care apropiindu-se de 90 de ani se simte mai bine ca atunci cînd avea 50 de ani și multe alte nume ale unor bătrîni pe care tratamentul cu gerovital H_3 i-a transformat într-atît, încît au astăzi o vivacitate deosebită, au devenit optimiști, dinamici, li s-a redus rigiditatea în mișcări, li s-a ameliorat somnul, memoria, puterea de concentrare, le-a reapărut elasticitatea pielii și li s-a repigmentat părul și, ceea ce este mai important, și-au reluat ocupațiile, viața activă, creatoare de valori materiale și spirituale.

GERONTOLOGIA, ADVERSARUL BĂTRÎNEȚII

De multe ori poate în copilărie năzuiam la acea „tinerețe fără bătrînețe" care era cu putință doar în povești. Dar acest deziderat al fiecărui om din toate timpurile devine azi o realitate. Mulți oameni de știință au fost și sînt preocupați de lupta împotriva îmbătrînirii organismului uman.

Treptat, din cadrul medicinei interne a început să se detașeze o tînără disciplină: gerontologia, știința luptei împotriva îmbătrînirii. Primele preocupări în această direcție le-a avut încă de la începutul acestui veac savantul romîn Gh. Marinescu, care sub îndrumarea marelui biolog rus Mecinikov a studiat unele caracteristici ale modificărilor produse în



În plină activitate.

organism în perioada bătrîneții. Apoi acad. C. I. Parhon a pus bazele unui studiu aprofundat clinic, fiziologic, psihologic și biochimic asupra bătrîneții. În cartea sa „Bătrînețea și tratamentul ei", acad. C. I. Parhon scoate în evidență raportul dintre tulburările de metabolism și îmbătrînirea organismului. Neobositul nostru savant a arătat — pe baza cercetărilor făcute în ultimii ani — că... „viața se poate dirija în două sensuri: fie spre bătrînețe, fie spre întinerire". De dată mai recentă sînt studiile sale privind rolul epifizei în procesul de îmbătrînire, care-l duc la concluzia că această glandă cu secreție internă determină apariția unor fenomene deosebite în echilibrul organic. Lucrarea sa „Biologia vîrstelor" reprezintă o piatră fundamentală în dezvoltarea geriatriei. Există adesea o lipsă de potrivire între vîrsta calendaristică (ani de viață trăiți) și cea biologică, în sensul că un individ apare mai bătrîn decît vîrsta sa calendaristică sau mai tînăr decît aceasta; vîrsta biologică a omului are o importanță mai mare decît cea calendaristică.

Îmbătrînirea este considerată o boală ca oricare alta și, prin urmare, vindecabilă. Așa a apărut necesitatea organizării luptei împotriva ei.

În țara noastră, ca urmare a grijii partidului și guvernului pentru promovarea științei și sănătății oamenilor muncii, a luat ființă în anii regimului democrat-popular primul Institut de geriatrie din lume, Institutul „Prof. dr. C. I. Parhon". Demn de reținut este și faptul că printre alte urmări ale creșterii nivelului de trai al poporului și îmbunătățirii ocrotirii sănătății în anii regimului de democrație populară se numără și creșterea duratei medii de viață. Media de viață a populației, care în anul 1930 nu depășea 42 de ani, ajunge la 63 de ani în anul 1956, data ultimului recensămînt. În condițiile acestea, studiul științific aprofundat al procesului de îmbătrînire, de care se leagă, desigur, și măsurile de asistență medicală și medico-socială care au fost luate, a devenit o importantă problemă de stat.

ÎN UZINA LUI H_3

O vizită făcută la Institutul de geriatrie din București condus de prof. Ana Aslan ne-a prilejuit cunoașterea progreselor pe care le-a înregistrat în ultimii ani gerontologia romînească.

Care sînt obiectivele principale ale activității acestui institut? În primul rînd studierea cauzelor de îmbătrînire ale organismului uman, determinarea obiectivă a gradului de îmbătrînire a organismului (stabilirea așa-numitei „vîrste biologice"), apoi studierea posibilităților de tratament și prevenire a fenomenelor de îmbătrînire într-un stadiu precoce, studiul muncii și activității, precum și al factorilor de mediu cei mai potriviți pentru omul care a depășit vîrsta de 60 de ani.

Fiecare din cele 3 secții ale institutului — clinică, experimentală și socială — își are importanța ei.

În Secția clinică se cercetează cum poate fi prevenită bătrînețea, cum se pot întîrzia și combate tulburările organice și funcționale legate de ea. Pavlov a susținut că îmbătrînirea organismului se produce prin intermediul sistemului nervos și că, dacă ar putea fi influențate rezervele funcționale ale celulelor nervoase, ar fi posibilă prelungirea vieții. Cercetările efectuate în Secția clinică a institutului reconfirmă concepția pavlovistă, arătînd că printr-o influență exercitată

asupra sistemului nervos resursele cerebrale pot fi prelungite, confirmîndu-se totodată şi ipoteza acad. C. I. Parhon că în procesul de îmbătrînire este posibilă o intervenţie terapeutică.

În acelaşi timp, în Secţia clinică primesc asistenţă medicală specializată mii de bătrîni. În cei 10 ani de existenţă a institutului au fost internaţi în Secţia clinică pe o durată de circa 2 luni aproape 3 000 de bătrîni, iar ambulatoriu au fost îngrijite peste 20 000 de persoane. Au fost experimentate diferite tratamente, de la vitamina B complex şi vitamina E, pînă la extracte de glande endocrine — tiroidă, epifiză, extracte tisulare, placentă sau extract de splină. Fiecare bătrîn a urmat cîte un singur tratament din acestea. Acţiunea cea mai eficace este însă cea a procainei (gerovital H_3). Aceeaşi secţie a acordat, prin sectorul său cămin, o asistenţă specială unui număr de 110 bătrîni între 70 şi 113 ani.

Tratamentul cu gerovital H_3, cel mai activ medicament al institutului, a fost preconizat de acad. C. I. Parhon şi prof. Ana Aslan, care au folosit o metodă originală de preparare şi administrare. Pînă astăzi au fost tratate cu gerovital H_3 peste 3 000 de cazuri, obţinîndu-se rezultate remarcabile. Noul medicament s-a dovedit o substanţă regeneratoare de mare importanţă în tratamentul bătrîneţii şi în special în îmbătrînirea precoce, precum şi în profilaxia acesteia. Bătrînii trataţi o perioadă mai îndelungată au manifestat o schimbare vădită a atitudinii faţă de viaţă.

La consultaţie.

Activitatea institutului nu se opreşte însă între zidurile sale. În diferite localităţi din ţară şi în unele întreprinderi au luat fiinţă numeroase centre geriatrice. Unor grupe de muncitori între 40 şi 50 de ani cu semne de astenie sau îmbătrînire precoce, li se administrează aici tratamente profilactice.

Rezultatele sînt, de asemenea, deosebit de favorabile.

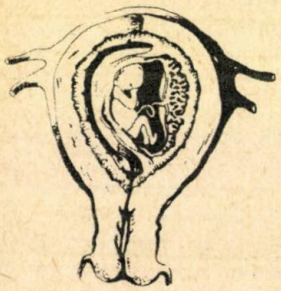
O RECUNOAŞTERE ŞI UN ÎNDEMN

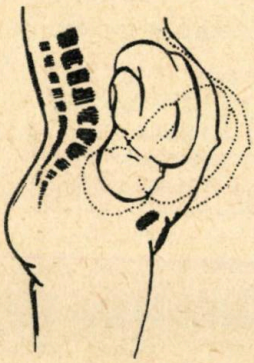
Astăzi sînt cunoscute şi apreciate în lumea întreagă realizările şcolii româneşti de gerontologie. Din toate colţurile lumii, pe adresa institutului sosesc scrisori, atît din partea specialiştilor, cît şi a unor oameni care se interesează de cercetările ştiinţifice efectuate aici, de rezultatele obţinute în prevenirea şi combaterea îmbătrînirii. Profesorul Enrico Grepi, preşedintele Asociaţiei internaţionale de gerontologie care ne-a vizitat ţara anul trecut a spus: „La Congresul internaţional de gerontologie de la San Francisco, voi avea plăcerea să citez pe cercetătorii romîni ca un model de entuziasm în munca de stabilire a criteriilor clinico-biologice în problema geriatriei, care poate fi considerată ca prima şi cea mai completă experienţă de felul acesta din Europa".

Iată dar recunoscută, ca fiind prima şi cea mai completă din Europa, experienţa şcolii româneşti de gerontologie. Nu este însă numai o recunoaştere, ci şi un îndemn pentru a duce mai departe această experienţă, pentru a o îmbogăţi cu date noi, pentru a ne apropia tot mai mult de ziua în care omul va putea fi neîncetat activ şi folositor societăţii de-a lungul unei existenţe îndelungate, la care aspiră.

SEMNELE GRAVIDITĂȚII

și măsurile care se impun





Una din cele mai însemnate misiuni ale femeii în societate este aceea de a fi mamă.

Spre deosebire de trecut cînd nu exista nici o preocupare pentru ocrotirea femeii, azi statul nostru de democrație populară are o deosebită grijă pentru mamă și copilul său.

Din primele zile cînd femeia devine gravidă ea se bucură de tot sprijinul și i se acordă o asistență medicală de înaltă calitate prin cadrele de specialitate.

Prin ridicarea nivelului cultural-sanitar, femeia care a devenit gravidă cunoaște din vreme toate semnele de sarcină, așa încît ea nu mai este surprinsă de o serie de simptome care însoțesc sarcina.

Primul semn prin care femeia își dă seama că a rămas gravidă și pe care îl întîlnim la majoritatea femeilor este oprirea menstruației.

Din acest moment noua ființă care se dezvoltă produce în organismul femeii o serie de transformări care se fac tocmai în scopul de a asigura în cele mai bune condiții dezvoltarea fătului. Femeia prezintă o serie de mici tulburări ca senzația de greață, însoțită uneori de vărsături, tulburări în privința mirosului, gustului, vederii, care toate se vor atenua după luna a IV-a de sarcină.

Gravidele sînt luate în evidența serviciilor de specialitate, sînt urmărite îndeaproape și orice simptom care ar deveni alarmant pentru sănătatea lor va fi combătut printr-o medicație adecvată, iar atunci cînd viața ei ar fi pusă în pericol se va indica întreruperea sarcinii.

În cursul sarcinii, organismul femeii mai suferă o serie de transformări care constau din creșterea în greutate, pigmentarea feței, cunoscută sub numele de masca de sarcină, care nu se întîlnește la toate gravidele, mărirea sînilor și pigmentarea lor, cît și modificări la nivelul organelor genitale externe și interne.

Toate aceste transformări enumerate au loc în vederea dezvoltării în cele mai bune condiții a fătului, cît și pentru ca nașterea să decurgă în mod normal.

Semnul de sarcină cel mai important prin care ne dăm seama de buna dezvoltare a fătului este creșterea în înălțime a uterului, însoțită de cea a abdomenului.

În timpul consultațiilor periodice, medicul ascultă cordul fetal și își dă seama de buna evoluție a dezvoltării fătului, unul din semnele de cea mai mare importanță în urmărirea mersului sarcinii.

Femeia simte ea însăși mișcările fătului începînd din luna a V-a, care apoi devin din ce în ce mai accentuate cu cît ne apropiem de sfîrșitul sarcinii.

RUBRICA FEMEII

Cînd sarcina se apropie de termen, femeia începe să simtă contracţii slabe ale uterului, care la început sînt rare, nedureroase, însă pe măsură ce actul naşterii se apropie, contracţiile devin din ce în ce mai dese şi mai dureroase.

În timpul sarcinii toate organele femeii desfăşoară o activitate mai mare pentru a asigura cele necesare dezvoltării copilului.

De aceea, alimentaţia femeii însărcinate trebuie să conţină cantităţi suficiente de glucide (pîine, zahăr, făinoase), proteine (carne, lapte, ouă, peşte), grăsimi (untură, unt, ulei), săruri minerale şi vitamine.

Este indicat ca alimentaţia să fie în aşa fel alcătuită încît să conţină toate aceste materii şi să fie cît mai variată.

Munca obişnuită nu este vătămătoare pentru femeia gravidă; dimpotrivă, o muncă potrivită are o influenţă binefăcătoare asupra sănătăţii ei.

Femeia gravidă trebuie să evite ridicarea de greutăţi, urcarea prea multor scări, săriturile, coborîrea prea rapidă, care toate pot provoca avortul sau naşterea prematură. Femeia gravidă trebuie să-şi organizeze un program zilnic în care după muncă se recomandă plimbări în aer curat, care nu trebuie s-o obosească. Ea trebuie să doarmă cel puţin 8 ore pe zi şi chiar mai mult în ultimele 2—3 luni.

Curăţenia şi îngrijirea corpului se fac prin spălarea cu apă călduţă şi săpun. Este recomandabil ca femeia gravidă să facă duşuri călduţe sau cu apă care poate fi turnată dintr-o cană. Spălăturile vaginale nu sînt permise, deoarece pot duce la infecţii, avorturi sau la naşteri premature.

În ultima jumătate a sarcinii, contactul sexual trebuie rărit şi să se producă cu mult menajament.

O atenţie deosebită trebuie dată îngrijirii sînilor în timpul sarcinii. Sînii vor fi spălaţi zilnic, sfîrcurile se vor şterge cu un prosop aspru, iar apoi se vor unge cu o soluţie de glicerină şi alcool.

Femeia gravidă va întreţine o perfectă igienă a gurii, prin spălarea dinţilor cu perie şi pastă dimineaţa şi seara înainte de culcare, pentru evitarea pătrunderii microbilor în organism.

Îmbrăcămintea gravidei trebuie să constituie de asemenea o preocupare, urmărindu-se să fie uşoară şi comodă. Femeia gravidă nu trebuie să poarte cordoane care s-o strîngă, jartiere rotunde care favorizează varicele sau încălţăminte cu tocuri înalte. Rufăria de corp trebuie schimbată cel puţin de două ori pe săptămînă din cauza transpiraţiei mari din timpul sarcinii.

Soţul va trebui să creeze o atmosferă plăcută şi calmă, pentru ca gravida să fie ferită de stări sufleteşti care ar putea-o nelinişti.

Cu cît se apropie termenul de naştere, grija femeii pentru acest eveniment este din ce în ce mai mare.

O femeie bine pregătită în ceea ce priveşte felul în care se desfăşoară naşterea are toate motivele să

privească liniştită acest act important.

Naşterea este bine să aibă loc în maternităţi sau în case de naştere, întrucît aceste instituţii sînt utilate cu tot ceea ce este necesar unei bune asistenţe, atît a mamei, cît şi a copilului şi sînt deservite de cadre medicale şi medii competente, care pot asigura în condiţii optime acest important act din viaţa femeii.

ASPECTE LEGATE DE ÎNTRERUPEREA SARCINII

Încă de la începutul unei sarcini orice femeie îşi pune alternativa logică dacă vrea să păstreze sau nu sarcina.

Astăzi în ţara noastră, pînă în cele mai îndepărtate cătune femeile pot hotărî singure sau împreună cu soţii lor dacă vor să aibă sau nu un copil şi momentul cînd vor aceasta.

Sarcina este un moment important în viaţa unei femei şi a familiei sale. Un număr mare de femei se gîndesc cu bucurie în acest moment că vor deveni mame şi fac toate eforturile necesare pentru a duce sarcina la termen.

Un număr însă tot aşa de mare de femei se situează pe poziţia inversă şi vor „să scape de sarcină" cu orice preţ. Se poate spune deci că pentru primele sarcina este dorită şi pentru ultimele sarcina este nedorită.

Din trecutul îndepărtat femeile care nu-şi doreau o sarcină încercau să scape de ea prin diferite manevre abortive pe care fie le făceau singure, fie recurgînd la bătrîne „cu experienţă" sau la diferiţi vraci.

Metodele pe care le foloseau aceste „moaşe empirice" erau de obicei caracterizate prin brutalitatea lor: masaje puternice, lovituri, băi foarte calde, înţeparea oului, introducerea de obiecte străine în uter (rădăcină de muşcată, de leandru etc.), spălături intrauterine cu caustice, iod sau apă cu săpun. De multe ori aceste procedee erau lipsite de efectul dorit; ele produceau în schimb rănirea vaginului şi uterului, ducînd la hemoragii abundente şi infecţii puternice, pînă la peritonite generalizate, de foarte multe ori mortale.

„Babele doftoroaie" mai dădeau de băut şi diferite fierturi toxice ce provocau intoxicaţii grave, care îmbolnăveau ficatul şi rinichii femeii, lăsînd urme pentru toată viaţa sau uneori duceau la moartea femeii.

Asemenea moaşe şi babe au nenorocit un număr mare de femei, ceea ce a necesitat o serie de măsuri luate în mod oficial. Datorită grijii partidului şi guvernului nostru pentru sănătatea femeii, pentru viaţa familiei, s-a dat posibilitate ca femeia să poată hotărî dacă doreşte sau nu copilul respectiv. Dacă-l doreşte i se pun la dispoziţie toate mijloacele necesare păstrării sarcinii şi dezvoltării fătului, avînd asistenţa medicală de specialitate gratuită.

Pentru femeile care nu doresc copilul s-a organizat, în spitalele de ginecologie şi maternităţi, întreruperea sarcinii la cerere.

Acest nou mod de întrerupere a sarcinii şi anume golirea uterului prin chiuretaj instrumental s-a dezvoltat progresiv în ultimele decenii mai ales la oraşe. Chiuretajul uterin este un procedeu a cărui valoare nu poate fi contestată. Înainte el nu era permis decît pentru întreruperea sarcinii la femeile bolnave, cărora sarcina le-ar fi pus viaţa în pericol. Totuşi se făcea şi chiuretajul uterin nelegal, clandestin, în ascuns, atît de persoane calificate, cît şi de persoane necalificate.

Chiuretajul realizat de persoane necalificate se făcea deseori incomplet şi dădea hemoragii grave, infecţii, perforaţii şi rupturi uterine. Făcut însă chiar de medici în cabinetele particulare se puteau întîmpla aceleaşi accidente, mai ales rămînerea de resturi în uter, urmată de hemoragii. Aceste complicaţii grave, cu caracter urgent, erau însă ascunse din cauză că acest act medical era făcut nelegal şi descoperirea lui ar fi atras neplăceri juridice celor care au participat la el. Neintervenţia la timp costa deseori viaţa femeii sau sănătatea ei pe tot restul vieţii.

Astăzi orice femeie care nu doreşte o sarcină dintr-un motiv sau altul poate să obţină întreruperea ei în cele mai bune condiţii medicale, cu singura obligaţie de a se prezenta la policlinică înainte ca sarcina să fi intrat în luna a III-a. Vîrsta sarcinii se socoteşte de la data ultimei menstruaţii, adăugînd 10-15 zile, adică în momentul cînd menstruaţia nu a mai venit, femeia poate fi însărcinată de 10-15 zile, de exemplu: dacă ultima menstruaţie a fost la 1 mai, se adaugă 10 zile, aşa că 10 mai este data probabilă cînd a rămas însărcinată. La 10 iulie sarcina are împlinite 2 luni şi intră în luna a treia. Prezentarea la medic trebuie să se facă între 15 şi 20 iunie şi maximum 10-15 iulie. Peste această dată întreruperea sarcinii la cerere nu se va mai efectua, sarcina fiind prea mare.

Întreruperea unei sarcini mai mari de 9-10 săptămîni este mai anevoioasă şi mai periculoasă decît întreruperea unei sarcini de 6-8 săptămîni, hemoragiile şi tulburările generale fiind mai mari în primul caz.

Cu toate aceste măsuri de executare a chiuretajelor în condiţii bune de igienă, în momentul cel mai puţin dăunător pentru viaţa mamei, întreruperea sarcinii rămîne şi astăzi legată de un număr de complicaţii, mult mai puţin grave decît odinioară, dar care totuşi trebuie luate în consideraţie.

Unele complicaţii se datoresc faptului că femeile se prezintă cu diferite infecţii genitale cronice netratate: vaginale, ale colului uterin, ale anexelor (vaginite, eroziuni de col, anexite etc.). Întreruperea sarcinii făcută în aceste condiţii va putea de multe ori provoca o infecţie a uterului sau o redeşteptare a infecţiilor nevindecate.

Diferitele malformaţii uterine (utere duble, cu un corn mai lung, septuri uterine, utere mult îndoite înainte sau înapoi faţă de colul uterin, situate deci în hiperanteversie sau, respectiv, în retroversie), cît şi existenţa unor fibroame uterine fac ca actul operator să fie anevoios. În acest caz s-ar putea să rămînă mici resturi în cavitatea uterină, care să ducă la sîngerări prelungite.

Reluarea activităţii imediat după chiuretaj, cu nerespectarea unui repaus la pat de cel puţin 1-2 zile şi munca grea şi obositoare pe ciment, la rece, în abur, în căldură excesivă, în zilele imediat următoare, favorizează hemoragiile şi infecţiile, mai ales cînd există focare inflamatoare genitale cronice.

Pentru a se evita deci complicaţiile imediate ale întreruperii sarcinii la cerere, femeile trebuie să se prezinte în primele 6-8 săptămîni de sarcină, să nu aibă focare de inflamaţie cronică sau dacă acestea există să fie tratate înainte şi după chiuretaj, să fi făcut o clismă sau să fi luat un laxativ înainte de operaţie şi să respecte după operaţie un repaus obligator de cîteva ore.

În afara acestor complicaţii imediate mai pot exista, destul de rar şi complicaţii tardive şi anume: tulburări menstruale, infecţii cronice şi sterilitate.

Acestea se datoresc faptului că întreruperea sarcinii este o operaţie chirurgicală, făcută cu instrumente tăioase, cu ajutorul cărora se scoate oul din uter prin raderea pereţilor acestuia. Această operaţie, datorită faptului că nu poate fi văzută, poate provoca răni pereţilor, răni care se pot infecta şi se repară uneori greu.

Pe de altă parte întreruperea bruscă a sarcinii provoacă o tulburare hormonală puternică în organism şi echilibrul hormonal se restabileşte în consecinţă cu greutate. Toate acestea explică atît tulburările menstruale, cît şi sterilitatea. Sînt multe femei care după primul chiuretaj nu mai rămîn însărcinate şi trebuie apoi să se trateze ani de zile, să facă mari sacrificii pentru a putea avea un copil.

Acest lucru trebuie ştiut mai ales de tinerii căsătoriţi, care fără nici un motiv serios amînă venirea pe lume a primului copil. Ei nu trebuie să uite că la tinereţe, pe un uter sănătos, fără infecţii anterioare, sarcina se dezvoltă mai bine, mama o suportă mai uşor şi naşterea în general este normală şi uşoară.

Femeile care au făcut o întrerupere de sarcină la cerere trebuie să cunoască atît complicaţiile imediate, cît şi cele tardive, pentru a se sezisa de la început şi pentru a apela cît mai curînd la ajutorul medical calificat. Cu cît tratamentul medical este mai rapid instituit, el duce la vindecări mai rapide şi mai complete.

PRINTRE SLUJITORI

Pe peretele coşcovit, lumina gălbuie a lămpii cu petrol profilează umbra obiectelor. Pe cele două scaune, faţă în faţă, un om şi o valiză. Tristă, privirea doctorului Nanca alunecă prin cameră. Poposeşte o clipă pe masa goală şi se opreşte asupra dulapului într-o rînă, cu „instrumentar" şi „medicamente", toată averea circumscripţiei sanitare Comana: cîteva zeci de hapuri, două feşe, un termometru, trei pense, un bisturiu. Medicul-şef de judeţ îl sfătuise: «Nu mai trece tetanosul la cauze de deces! Scrie „debilitate congenitală!" Mortul poartă eticheta pe care i-o punem noi». Naiv, D. Nanca trimisese totuşi la minister rapoarte reale. Spera că va convinge, că va primi instrumentar, pansamente sterile, ser antitetanic, că va veni o moaşă calificată. Dar femeile continuau să nască asistate de babe sau doftoroaie, care „lucrau" cu cîrpe murdare şi foarfece ruginite. Tetanosul încleşta imediat trupul copilului.

„Ce pot să fac? se întreba doctorul Nanca. Singur la 16 sate şi 22 000 de oameni! Cu mîinile goale! Nimeni nu mă ajută. Plec din Comana!"

Nanca apucă hotărît valiza de mîner. Ar fi vrut să ocolească cimitirul, dar nu avea cum, era (ce ironie a soartei!) peste drum de dispensar. Aproape de gard, albeaţa unui lemn proaspăt cioplit se deosebea bine în noaptea înstelată. Numele Mariei Radu îi fulgeră prin minte. Fusese chemat la ea tîrziu, cînd hemoragia provocată de naştere o sleise, cînd în trupul Mariei abia mai pîlpîia viaţa. Femeia a murit în braţele lui.

La ghişeul de bilete, Nanca s-a ferit într-o parte cînd a întins mîna cu banii: îi era ruşine de casier. Fuga lui semăna ... Semăna oare cu o trădare?

— Bună seara domnule doctor.

Glasul venea din spate şi Nanca, fără să se întoarcă, l-a recunoscut. Tudor M. Petre! Omul îngropase într-o săptămînă 3 copii; 3 din cei 49, morţi în timpul epidemiei de scarlatină din 1941. „N-avem buget pentru împlinirea ideilor dumitale fanteziste!" fusese repezit Nanca la minister.

— Parc-ai pleca de tot cu valiza asta... Te-am supărat noi ţăranii, cu ceva? l-a întrebat Tudor M. Petre.

— Ştii bine de ce plec. Cu ce te-am ajutat eu pe dumneata?

Chipul lui Tudor s-a crispat. Greu, şi-a înăbuşit un oftat.

— Tocmai de aceea să rămîi. Nu dumneata eşti vinovat că-mi zac copiii sub ţărînă. Eşti un om inimos; faci ce poţi, ştie oricine. Fără dumneata va fi şi mai rău.

Doctorul Nanca nu auzea numai glasul unui om. Auzea glasurile ţăranilor din 16 sate, 22,000 de glasuri. Şi s-a înapoiat la Comana... Să înfrîngă molimile şi moartea numai cu mintea şi mîinile, singurele ajutoare pe care le avea la îndemînă. În acele vremi doctorul Nanca nu era o excepţie. Era unul din slujitorii lui Esculap, puţinii la număr care poposeau atunci la ţară. Pe toţi îi ispitea gîndul evadării, trist îndemn pentru profesiunea de medic.

★

Nu de prea multă vreme, un tînăr, alt discipol al lui Esculap, şi-a început şi el cariera la ţară. Şi Felix Ceap a avut necazuri. Dar nici o clipă nu i-a trecut prin minte să fugă. S-a descurcat... Cu ani în urmă, cînd a venit la Boteni, a adus cu sine o valiză mare, plină cu cărţi, un cap plin de învăţătură şi gînduri bune şi o inimă ce-i drept cam neliniştită (emoţiile începutului), dar gata să intercepteze şi să aline suferinţa.

Nu-i plăceau, mai cu seamă, casele de naşteri din Boteni şi Hîrtieşti; prima întunecoasă, umedă, a doua, neîncăpătoare. În Boteni s-a zbătut să obţină o casă luminoasă şi sănătoasă. La Hîrtieşti, Anton Ghiţulescu, secretarul sfatului l-a ajutat să găsească mai repede o altă casă de naşteri.

Griji au fost şi cu staţionarul; trebuia instalat, trebuiau vopsite cele 10 paturi, trebuia instalată lumina electrică. Ceap s-a codit pînă s-a hotărît să se ducă la sfat. „Prea îi bat la cap", s-a gîndit. Dar şi-a luat inima-n dinţi şi a vorbit cu Ilinescu, preşedintele sfatului.

— Ciudat om eşti doctore! Nu puteai să vii mai repede? Pentru ce sîntem noi puşi aici? Parcă staţionarul n-ar fi şi treaba noastră! Cîţi oameni îţi trebuie?

— Păi... să socotim!

De atunci s-a lepădat de sfială. Toţi preşedinţii, secretarii sfaturilor din satele comunei îi săreau în ajutor. Într-o zi a ţiriit telefonul: era Nicolae Mazilu, medicul-şef al raionului Cîmpulung Muscel.

— Doctore, începem analiza stării de sănătate a populaţiei. Sîngele pentru analize îl trimiţi la noi. Ai să primeşti fişe de completat: trebuie să cunoaştem condiţiile de viaţă, rezistenţa organismului, ai să vezi dumneata şi restul după chestionar.

Ceap s-a apucat de treabă cu multă nădejde. Îi avea alături şi pe oficiantul

UI ESCULAP LA ȚARĂ

sanitar, sora, moașa. Dar n-au trecut decît cîteva zile de cînd au început să colinde satele, că gurile rele s-au și făcut auzite. „Aha, umblă doctorul după voi, striga Maria Bănică, zisă Mița, nevasta unui fost bogătan, completează fișe să afle ce mîncați, cum locuiți. Proștilor! Știți de ce? Ca să vă ia tot din pod. Să vă rechiziționeze camere!" Elena Dobrin, o moașă empirică (acum nu mai era la modă!), șoptea veninos la ureche: „Vă ia sîngele pentru „ispirienție" de-ale lui. Și radioscopia tot pentru asta v-o face".

Și astfel Ceap s-a trezit cu unii oameni care refuzau să dea sînge pentru analiză sau nu răspundeau la întrebări. A oprit ancheta cîteva zile și a început să umble pe ulițele satului, să vorbească cu oamenii, să țină conferințe la căminul cultural. Vorbea convingător și oamenii își dădeau cu cotul:

— Zice bine și adevărat! Are scaun la cap băiatul!

În afara elementelor științifice, Ceap mai folosea și alte argumente. De pildă:

— Vă amintiți, cu ani în urmă, tot Mița (dr. Ceap se documentase) și Elena Dobrin și alți „prieteni" ca ele vă sfătuiau să nu faceți vaccinări? Nu le-ați ascultat vorbele otrăvite și iată că epidemiile au dispărut. Vă mai amintiți? Nu vă lăsau să veniți la Casa de nașteri, să primiți laptele și medicamentele pentru copii, dar nu le-ați dat ascultare și mortalitatea infantilă a scăzut la 3,7%.

Au fost și alte pricini de îngrijorare. Într-o dimineață a venit la circumscripție Frusina Gh. Arsene. Avea picioarele opărite.

— Am pus niște floarea paștelui, că tare mă dor oasele! mărturisi ea.

A internat-o de urgență în staționar s-o vindece întîi de arsuri (cu pansamente sulfamidate, cu antibiotice) și apoi de reumatism. Staționarul i-a fost de mare folos ca să discrediteze și alte leacuri (recomandate de Maria Vlaicu, fosta doftoroaie): colitele și enterocolitele se tratau prin „tragere de rînză", bolile pulmonare se „depistau" cu ajutorul gălbenușului de ou și se „tratau" cu apă neîncepută de la 3 izvoare. La început oamenii nu prea se internau în staționar. Dar după două cazuri grele, vegheate zi și noapte și salvate de tînărul medic, țăranii au început să respecte medicamentele, tratamentele moderne și să caute staționarul chiar și pentru o tăietură la deget!

Superstițiile s-au demodat și din altă pricină. Ceap s-a dus într-o zi la Cîmpulung la doctorul Mazilu.

— Aș vrea să fac o circumscripție model.

— Și cine te oprește?

— Lipsa!

— Cum, lipsa?

Ceap a început să înșire ce-i lipsește.

— Cam multe vrei! Să mai vedem, i-a spus Mazilu.

Cînd Ion Pravăț, instructorul de partid, sau deputatul Andrei Bolbose treceau prin Boteni, Ceap nu-i lăsa de loc:

— Să vorbiți și dumneavoastră la Cîmpulung și la Pitești, vedeți cîte-mi lipsesc, vă rog să-mi pledați cauza, trebuie să primesc neapărat laboratorul și...

Lista era lungă. Dar și „avocații" s-au dovedit elocvenți. Și, pe rînd, la circumscripția Boteni au sosit: un aparat roentgen, un laborator de analize, un cabinet de stomatologie, trusa oftalmologică, sterilizatoare electrice, colposcop etc.

— Ce te faci cu toate astea? Te pricepi la radiologie și analize? l-a întrebat Ilinescu.

— Deocamdată nu. Dar plec la Cîmpulung pentru instructaj.

Ilinescu l-a privit pe sub gene, dar n-a spus nimic, nu vroia să-l laude (să nu se îngîmfeze!). S-a gîndit însă (a cîta oară?): „Tare-i stăruitor și inimos, băiatul ăsta!".

La Boteni au apărut de curînd două noi personaje: pediatrul Cornelia Stănescu și stomatologul Ana Pîrvan Filöp, descinse aici direct de pe băncile facultății.

Ana s-a speriat la început. Cît pe aci să dea bir cu fugiții.

— Cum să mă descurc cu atîția pacienți? (din cauza insuficienței fluorului în apă cariile dentare sînt frecvente în comună). Vai, îmi vine să las totul baltă!

Țăranii n-au lăsat-o să plece.

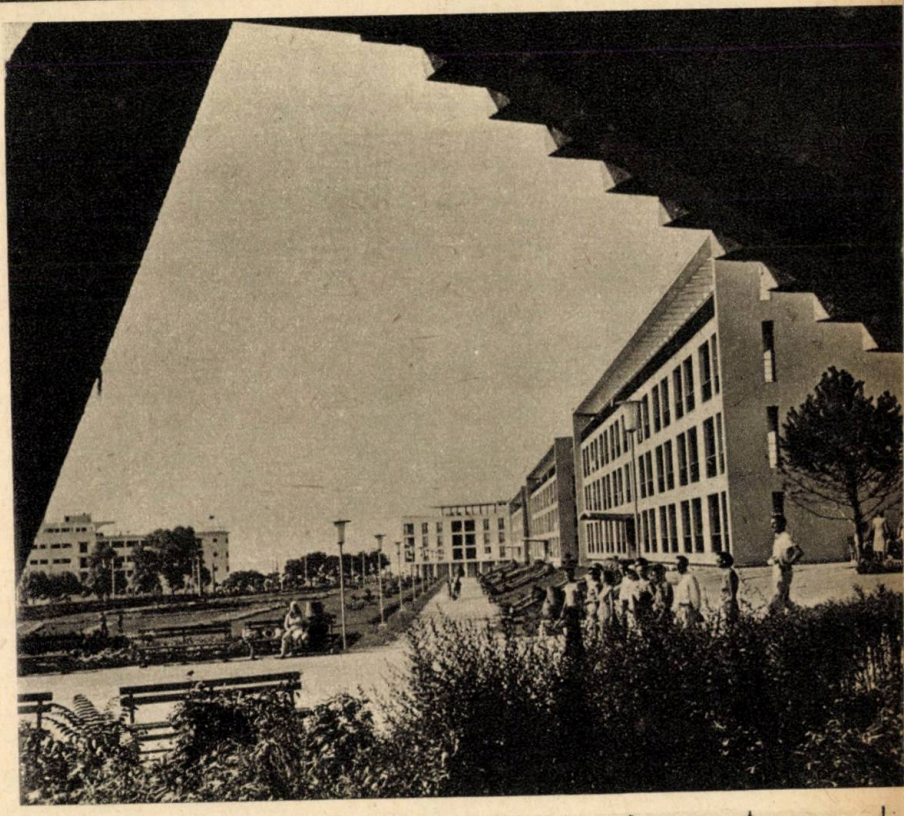
— Nici nu visam vreodată să avem un dentist aici! Și încă unul așa de tînăr, frumușel și harnic! Nici prin gînd nu ne trece măcar să-ți dăm drumul!

Ana a rămas și se descurcă foarte bine. Nici unuia din cei 3 medici nu-i trece prin minte să fugă acum.

Destinele lor s-au întîlnit la o răscruce de drumuri și vremi, cînd pentru sănătatea celor de la sate nu-s cruțate bugetele, cînd simt că fără prezența lor, atît de dorită la țară, pur și simplu nu se poate...

NOUL LITORAL ROMÎNESC

LOC DE ODIHNĂ
pentru oamenii muncii

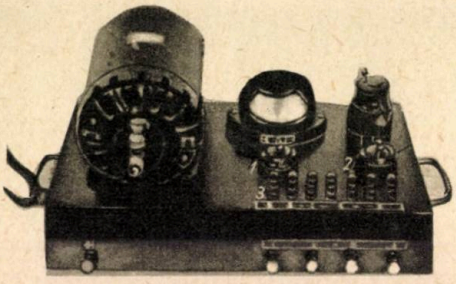


Electroterapia

Deşi încă Thales din Milet (640—548 î.e.n.) a observat existenţa unor fenomene de electrizare, putînd fi considerat astfel descoperitorul acestei forme de energie, electricitatea începe a fi cunoscută abia la începutul secolului al XVII-lea, cînd medicul englez Gilbert scrie o carte numită „De Magnete", în care introduce pentru prima oară termenul de electricitate, care se referă la faptul că fenomenul se produce prin frecarea chihlimbarului galben (electron = chihlimbar).

Această formă de electricitate numită statică, prima cunoscută de altfel, este deosebită de cea dinamică provocată prin reacţii chimice sau alte mijloace.

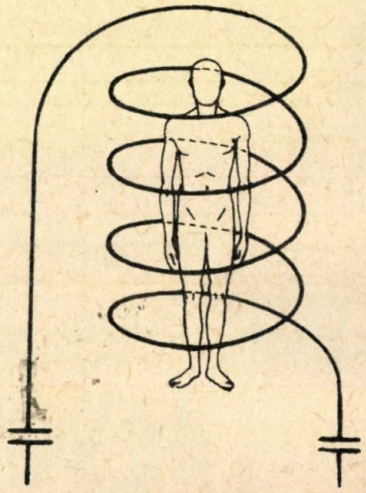
Fără a intra în amănunte cu privire la istoricul folosirii curentului electric, trebuie totuşi să amintim de Galvani, profesor de anatomie la Universitatea din Bolonia, care în 1786 a observat,



Pantostatul, aparat electromedical care furnizează curenţi galvanici şi faradici, transformînd curentul de la reţea.

pe cînd lucra cu muşchi de broască, producerea unor contracţii ale acestora ori de cîte ori apropia preparatul muscular de metalul balconului său.

Medicina a folosit, mai ales în a doua jumătate a secolului trecut şi în secolul nostru, electricitatea, fie în



Marele solenoid. Bolnavul este introdus în interiorul spiralei, unde primeşte influenţa curenţilor de înaltă frecvenţă d'Arsonval. Dacă va ţine în mînă un bec electric, filamentul acestuia devine incandescent şi produce lumină.

scop diagnostic, fie în scop terapeutic, direct, utilizînd formele sale cunoscute: curent continuu sau alternativ, curent de joasă frecvenţă sau de înaltă frecvenţă, sau indirect, prin obţinerea cu ajutorul curentului electric a unor radiaţii.

Aparatura de aplicare a curentului electric la om, în scopuri terapeutice, este destul de variată, dar în epoca noastră a ajuns atît de la îndemînă, încît poate fi găsită în foarte numeroase unităţi curative. În ţara noastră dotarea cu această aparatură se face continuu, în raport cu posibilitatea şi

necesitatea aplicării electroterapiei şi cu starea actuală a cunoştinţelor în acest domeniu.

Curenţii electrici aplicaţi în terapeutică pot fi împărţiţi în: A — curenţi galvano-faradici şi de joasă frecvenţă şi B — curenţi de înaltă frecvenţă.

A. Din prima categorie face parte *curentul galvanic*, care are o acţiune electivă asupra ţesutului neuro-muscular şi care este folosit în tratamentul unor stări patologice ale nervilor, nevralgii, nevrite, cum sînt: sciatica, nevralgia cervico-brahială etc. şi ale muşchilor cum sînt: mialgiile, lumbago etc.

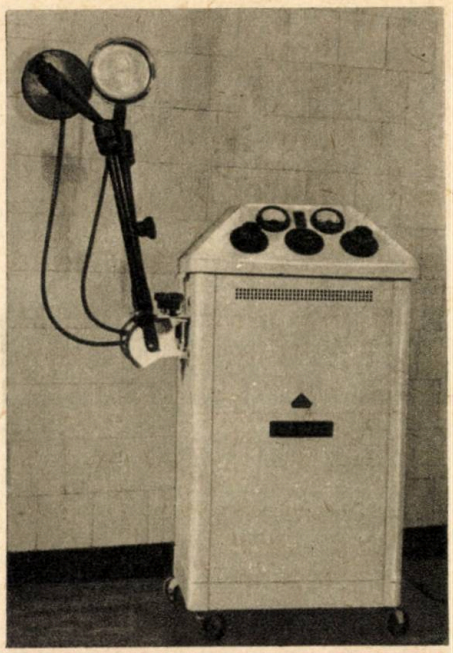
De asemenea, se mai foloseşte în paralizii, mai ales în cele flasce (adică cele fără stări de spasm muscular).

Tot cu ajutorul curentului galvanic se practică şi iontoforeza sau galvanoionoterapia, care constă în a introduce în organism diverşi ioni terapeutici. Substanţele chimice care urmează a fi ionizate se aplică la electrodul de acelaşi semn cu ionul activ care prin respingere va fi împins în organism în zona unde dorim ca acesta să acţioneze. Putem introduce astfel calciu, iod, ionul salicil, novocaină, histamină etc.

Curentul faradic este un curent alternativ de joasă frecvenţă, care acţionează şi el electiv asupra ţesutului neuro-muscular, fiind astfel prescris în atrofiile musculare şi — cu precauţiune — în paraliziile flasce.

B. *Curenţii de înaltă frecvenţă* sînt astăzi foarte mult întrebuinţaţi datorită faptului că acţiunea lor este profundă şi caracterizată printr-o încălzire a diverselor straturi anatomice, în raport direct cu frecvenţa respectivă şi deci invers faţă de lungimea de undă.

Altădată, la începutul aplicării curentului de înaltă frecvenţă, se utilizau *curenţii D'Arsonval* care, deşi au avut



Aparatul de unde ultrascurte cu electrozi metalici incapsulaţi în sticlă care se aplică la distanţă de piele.

epoca lor de aur, nu mai sînt întrebuinţaţi astăzi decît în scopuri cosmetice, deoarece încălzirea pe care o produc este redusă şi superficială.

După ce o perioadă de timp locul de frunte l-a ţinut *diatermia* — metodă care produce încălzire profundă cu dilatarea vaselor, ceea ce face să se resoarbă inflamaţiile şi să calmeze durerile; astăzi *undele ultrascurte*, cu o frecvenţă mai mare şi cu acţiune mai profundă, mai intensă şi mai totală tind să înlocuiască diatermia.

Undele *ultrascurte* prezintă avantajul că electrozii nu trebuie să fie aplicaţi la piele, ci pot fi, după cum este necesar, mai aproape sau mai departe de locul de tratat. Ele pot fi aplicate nu numai în stările cronice reumatismale sau în alte stări cronice de boală, ci şi în unele stări acute cum sînt: sinuzitele, abcesele, furunculii etc.

O utilizare care a fost oarecum la

modă acum circa 20 de ani a fost aceea a hiperemiei ultratermice, prin care se provoca o stare febrilă artificială (38—40°), pe timp de 6—12 ore. Metoda a fost utilizată în tratamentul sifilisului nervos, sclerozei în plăci, poliartritei reumatismale cronice etc.

Undele ultrasonore folosesc şi ele înaltă frecvenţă, dar în aparatura electromedicală ele rezultă din vibraţiile, sub acţiunea înaltei frecvenţe, a unui cristal de cuarţ, cristal piezoelectric care este elementul de bază al producerii acestei forme de energie. Undele ultrasonore sînt din ce în ce mai mult utilizate în terapeutică, fiind indicate în afecţiunile reumatismale, nevralgii şi nevrite etc.

Actinoterapia foloseşte şi ea curentul electric care, transformat în anumite condiţii şi aparate în curenţi de radiaţie, produce un spectru asemănător celui solar, cuprinzînd o bandă de radiaţii luminoase mărginită de o parte de o bandă de radiaţii ultraviolete, raze chimice, reci, şi de alta de radiaţii infraroşii, raze calorice, calde.

Razele ultraviolete artificiale au o mare întrebuinţare în medicină. Aceste radiaţii au un efect tonic general, măresc starea imunobiologică de apărare a organismului. Ele se indică în rahitism, tuberculoză osteo-articulară, ganglionară şi cutanată (nu şi în tuberculoza pulmonară), în limfatism, anemie, decalcificare osoasă etc.

În doze mai mari limitate pe un cîmp mic, doze de eritem, ele se indică în: astm bronşic, bronşită cronică, sciatică etc.

Razele infraroşii se aplică sub numeroase forme: băi de lumină, rezistenţe care produc aer cald, lămpi solux şi altele şi produc o hiperemie puternică, cu efecte de calmare şi de resorbţie a unor exsudate. Razele infraroşii se indică în procese reumatice, dureri musculare, nevralgii, inflamaţii genitale feminine etc.

Domeniul aplicării electricităţii în tratamentul stărilor de suferinţă a oamenilor creşte însă continuu. Descoperirile ştiinţelor fizice sînt preluate repede de medicină şi puse în slujba omului. Astfel, înalta frecvenţă cu lungimi de undă centimetrice, utilizată mult în ultimul timp în radiolocaţie sub forma aparatelor Radar, are astăzi aplicare şi în medicină (radarterapie, microunde). Astfel, într-o lume paşnică, toate descoperirile pot servi exclusiv scopurilor paşnice şi omul capătă astfel siguranţa că toate eforturile ştiinţei au ca scop suprem îmbunătăţirea vieţii sale şi apărarea lui împotriva durerii şi a suferinţei în general.

Frecvenţa (perioade)	10^{16}	$1{,}5\times10^{15}$				10^{14}	10^{13}	10^{11}	10^{8}	10^{7}	10^{6}	10^{5}	10^{4}
	Radiaţii ultraviolete			Radiaţii luminoase vizibile	Radiaţii infraroşii			Zonă de tranziţie	Unde electrice				Zonă de tranziţie
	γ	β	α		α	β	γ		Ultrascurte	Diatermie cu unde scurte	Diatermie cu unde medii	D'Arsonval	
Lungime de undă	10 mμ	200 mμ	390 mμ	390—770 mμ	770 mμ	1μ	10 μ	1 mm	1000 mm	10 m	100 m	1000 m	10 km

Spectrul electromagnetic (parţial)

Andreas Vesal,
TEMEIETORUL ANATOMIEI MODERNE

De-a lungul întregului ev mediu, știința medicală occidentală a cunoscut o perioadă de stagnare. Gîndirea originală era înăbușită, iar cei care încercau să verifice ideile moștenite de la medicii antichității trebuiau să înfrunte amenințările inchiziției, dușmana înverșunată a progresului. Totuși, știința nu putea fi ținută la nesfîrșit în lanțurile terorii religioase. Îndată ce rînduielile feudale au început să se clatine, o pleiadă de străluciți creatori în domeniul științei și artei a început să se afirme. Medicul Vesal se numără printre aceste mari figuri ale Renașterii .

Andreas Vesal s-a născut la Bruxelles, în anul 1514, într-o familie de medici. După ce a făcut studii clasice la Universitatea din Louvain, a frecventat facultățile de medicină din Montpellier și Paris. În timpul șederii la Paris a întreprins cu stăruință disecții anatomice, procurîndu-și cu mare greutate cadavrele prin intermediul paznicilor spînzurătorilor de la Montfaucon. La vîrsta de 18 ani este numit profesor de anatomie la Louvain, dar nu rămîne multă vreme în acest oraș primitor, căci, dornic să se instruiască, se angajează să însoțească armatele împăratului Germaniei în cursul campaniilor din Europa. Așa ajunge Vesal în Italia unde rămîne ca profesor de anatomie, instalîndu-se pe rînd la Pavia, Bolonia și Pisa.

În 1543, savantul publică la Basel lucrarea sa capitală „Despre construcția corpului omenesc", în care descrie cu o neasemănată precizie formațiunile anatomice observate cu prilejul nenumăratelor disecții pe care le efectuase timp de 15 ani. Importanța istorică a acestei opere este de a fi dat semnalul renunțării la repetarea mecanică a dogmelor antice privind structura și funcțiile organismului uman. Astfel, vestitul medic greco-latin Galen declarase că între ventriculul drept și cel stîng al inimii ar exista un orificiu prin care sîngele s-ar strecura la fiecare contracție cardiacă. Vesal a dezmințit această afirmație fantezistă arătînd că, la adult, peretele despărțitor dintre ventriculi nu poate fi străbătut de curentul sanguin. În felul acesta, Vesal a pregătit descoperirea circulației sîngelui, descoperire pe care savantul William Harvey avea să o facă peste un secol.

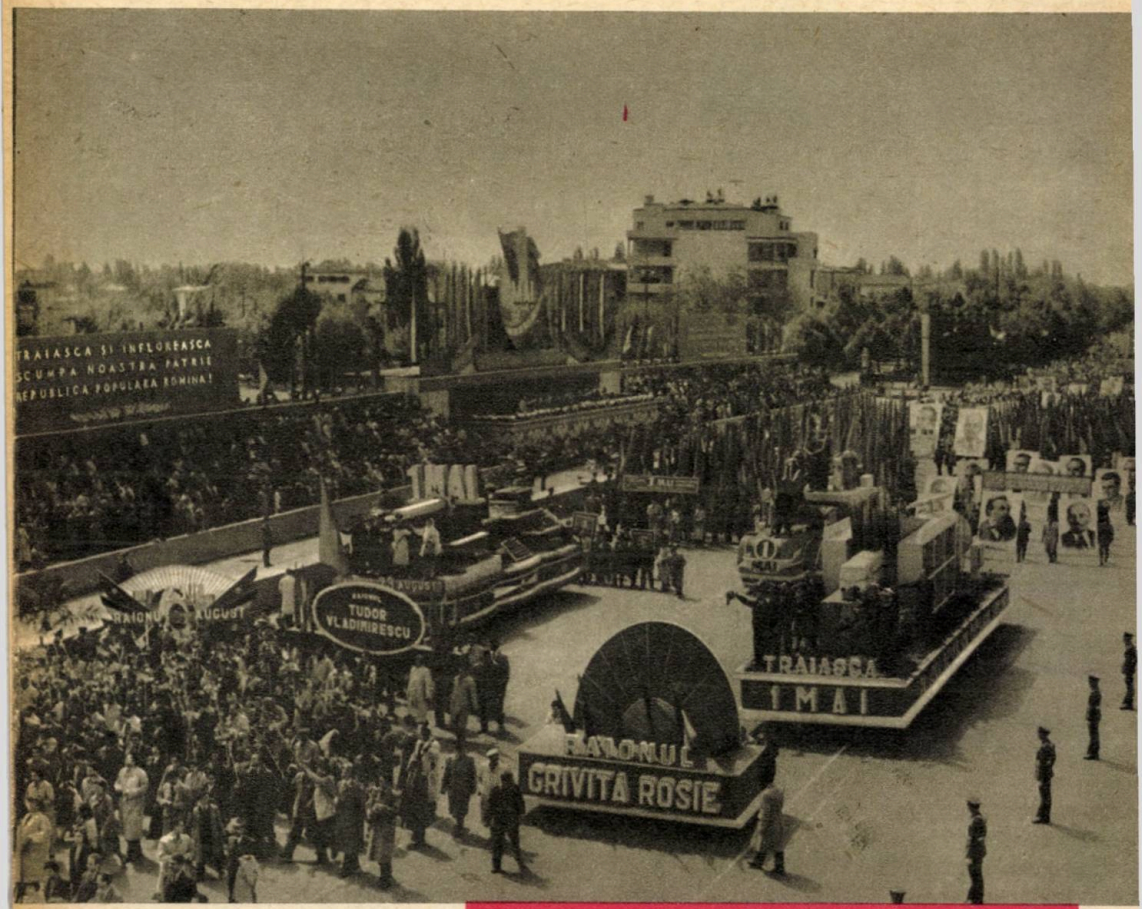
Dar combaterea dogmelor lui Galen era considerată de ierarhia clericală catolică drept un act de rebeliune, întrucît scrierile lui Galen, ca și acelea ale lui Aristotel, fuseseră incluse printre operele care conțin „adevărul dumnezeiesc".

Un întreg lanț de persecuții se abate asupra lui Vesal, care este chiar nevoit să ardă unele din manuscrisele sale cuprinzînd idei „eretice".

În 1544, el părăsește Italia, acceptînd funcția de medic al lui Carol Quintul. Anii șederii la Madrid au fost deosebit de grei pentru Vesal, care nu se putea ocupa decît pe ascuns de cercetările sale anatomice.

Aprecierile puțin măgulitoare pe care le-a făcut la adresa clerului i-au atras dușmănia curții „prea-credinciosului rege" Filip al II-lea, urmașul lui Carol Quintul la coroana Spaniei.

Sub pretextul absurd că ar fi făcut o disecție „pe viu", întrucît inima gentilomului pe care-l autopsia ar fi tresărit sub bisturiu, Vesal este condamnat la moarte de inchiziție. Regele îi comută pedeapsa în obligația de a face un pelerinaj în Palestina. Savantul a înfruntat toate pericolele legate la acea epocă de o călătorie atît de îndepărtată. Pe drumul de înapoiere, corabia în care se afla Vesal a naufragiat în fața insulei Zante, unde marele anatomist și-a găsit sfîrșitul în 1564, epuizat de toate suferințele îndurate în decursul unei atît de rodnice, dar și atît de agitate vieți.



Mai

L	1	8	15	22	29
M	2	9	16	23	30
M	3	10	17	24	31
J	4	11	18	25	
V	5	12	19	26	
S	6	13	20	27	
D	7	14	21	28	

40 DE ANI DE LA ÎNFIINȚAREA PARTIDULUI COMUNIST DIN ROMINIA

DIN LUPTA P.C.R. ÎN DOMENIUL OCROTIRII SĂNĂTĂȚII POPORULUI MUNCITOR

Partidul Comunist din Romînia, pornind de la învățătura marxist- leninistă, a făcut o profundă analiză a problemelor care interesau dezvoltarea socială a țării, a arătat care sînt obiectivele imediate și de viitor ale luptei clasei muncitoare, a organizat și condus această luptă împotriva regimului burghezo-moșieresc; Partidul Comunist a arătat totodată calea și mijloacele prin care se pot rezolva probleme ținînd de domeniul științei, culturii, sănătății publice ș.a.

În documentele P.C.R. se găsesc aprecieri asupra situației sanitare, deosebit de grele, a poporului muncitor în timpul regimului burghezo-moșieresc, sînt scoase în evidență cele mai adînci cauze ale acestei stări. Documentele P.C.R. cuprind indicații și o mare bogăție teoretică nu numai în problemele luptei pe plan economic, politic și ideologic între proletariat și burghezie, dar și în ceea ce privește lupta pentru îmbunătățirea stării sanitare a maselor muncitoare. Partidul Comunist a înțeles de la început că rezolvarea *deplină* a grelelor probleme sanitare ale maselor populare nu poate fi realizată decît în cadrul orînduirii socialiste.

Cauza mizeriilor în care se zbătea poporul era cuprinsă în relațiile sociale de exploatare. Mizeria se acumula la un pol, bogățiile la celălalt pol al societății. „Pe cînd noi ne zbatem în nevoie, pe cînd noi înghețăm, se arăta într-un manifest al P.C.R., pe cînd nouă ne mor copiii de scarlatină și de mizerie, îmbogățiții, patronii noștri se lăfăiesc în lux și desfrîu".

Cine trebuie să răspundă în fața istoriei de înrăutățirea permanentă a stării materiale, culturale și sanitare a poporului muncitor? Cine trebuie să poarte răspunderea în fața istoriei de zecile de mii de muncitori seceraţi de tuberculoză, de tifos, de zecile de mii de copii care mureau în primele zile sau în primul an de viață? Răspunzătoare este clasa dominantă, burghezo-moșierimea. „Ea este vinovată de pelagra, tuberculoza, analfabetismul, corupția

și decăderea morală..." se arăta într-unul din manifestele editate în 1917 în țara noastră sub imboldul activității grupurilor comuniste.

În presa condusă sau inspirată de P.C.R. se arăta deosebit de clar că cele mai multe boli găsesc terenul pregătit și atacă organismul istovit al muncitorului din toate ramurile de activitate socială. Tuberculoza și alte boli cu mare extindere în masă, cărora proletariatul le dădea cel mai mare tribut, erau corolarul mizeriei. Viața și sănătatea oamenilor muncii era strîns legată de regimul capitalist, iar îmbunătățirea fundamentală a condițiilor de existență a oamenilor muncii era condiționată de schimbarea însăși a acestui mod de producție bazat pe exploatare. „Regimul burghez este un regim prielnic bolilor, un factor patologic, scria Socialismul (1924). Țărănimea și muncitorimea pentru a-și asigura sănătatea vieții trebuie să doboare acest regim prin revoluție comunistă".

A lupta deci pînă la capăt pentru sănătatea maselor muncitoare înseamnă a lupta în primul rînd pentru socialism, pentru comunism, aceasta este principala concluzie ce se desprinde din modul de a vedea problemele medico-sanitare de pe poziția partidului clasei muncitoare. Realizările din domeniul științei și practicii medicale din U.R.S.S. și țările de democrație populară, realizările regimului nostru democrat-popular în domeniul sănătății publice, permanenta îmbunătățire a stării sanitare a întregului popor muncitor confirmă din plin, în practică, această concluzie pe care a desprins-o cu deosebită claritate presa condusă de P.C.R.

Partidul Comunist din Romînia, presa condusă de P.C.R. are merite deosebite în orientarea teoretică a gîndirii medicale din țara noastră, în înarmarea medicilor cu filozofia marxist-leninistă, pe baza căreia au putut înțelege teoriile medicale înaintate, au putut critica și respinge manifestările idealiste, reacționare din gîndirea medicală.

Partidul Comunist din Romînia a manifestat îndelungul întregii sale activități o grijă deosebită față de sănătatea poporului. În problemele sănătății publice P.C.R. a dus o stăruitoare muncă agitatorică, propagandistică și organizatorică. În documentele Partidului Comunist — Rezoluțiile Congresului al II-lea din 1922, Rezoluția Plenarei a V-a a C.C. al P.C.R. din 1936, în Manifestul C.C. al P.C.R. din 1937 ș.a. — se ridică problemele sanitare de bază ale țării din acea perioadă și se cheamă muncitorimea, țărănimea și intelectualitatea progresistă la luptă pentru obținerea unor îmbunătățiri imediate în domeniul medico-sanitar, cît și intensificarea luptei împotriva regimului burghezo-moșieresc, generator de mizerie, incultură și boală. La plenara a V-a a C.C. al P.C.R. din 1936 au fost adoptate, pe lîngă revendicări cu caracter economic și politic, și revendicări de ordin sanitar care cereau: „Ajutorul urgent alimentar, sanitar și medical regiunilor bîntuite de foamete, malarie, pelagră, sifilis, tifos exantematic și alte boli".

Din întreaga sa activitate și luptă pentru bunăstarea materială, culturală și sanitară a poporului muncitor reiese deosebit de clar faptul că singurul partid politic, care a militat pentru bunăstarea oamenilor muncii, care a indicat căile reale spre o bună organizare sanitară a țării a fost, încă de la începutul întemeierii sale, Partidul Comunist din Romînia.

În condițiile grele de activitate ilegală în timpul regimului burghezo-moșieresc, Partidul Comunist a reușit să inițieze o serie de acțiuni medico-sanitare, să realizeze unele organizații, cu existență legală sau semilegală, care au susținut lupta clasei muncitoare, reprezentînd totodată îndemnuri pentru orientarea medicinei noastre spre profilaxie, spre o asistență sanitară pusă în slujba maselor populare. Partidului Comunist i s-au alăturat medicii devotați poporului, care au făcut parte din aceste organizații create de P.C.R.

Pe lîngă sediile organizațiilor legale conduse de Partid, ca: Blocul muncitoresc-țărănesc, Liga muncii etc., s-au organizat cabinete medicale de consultații gratuite.

Partidul Comunist, pe lîngă grija față de sănătatea muncitorilor și țăranilor, a acordat o deosebită atenție luptei pentru protecția mamei și copilului. În regimul burghezo-moșieresc femeile erau expuse unei crunte exploatări, lipsite de concedii de graviditate și naștere, obligate la munci grele și dăunătoare. Copiii, lipsiți de asistență sanitară organizată, simțeau din frageda lor vîrstă acțiunea nefastă a regimului burghez. În loc de o tinerețe fericită, de școală și odihnă, copiii de muncitori și țărani erau de timpuriu prinși în munca de robie, căzînd pradă bolilor, sacrificîndu-și viața lor nevinovată pentru sporirea profiturilor capitaliste. În aceste condiții apare deosebit de luminoasă activitatea P.C.R., care a creat organizația „Mama și copilul", a înființat în o serie de cartiere muncitorești (Colentina, Grivița, Ferentari) sedii în care se distribuia lapte pentru copii, se dădeau consultații gratuite, aveau loc conferințe de popularizare medicală. În cartierul Pantelimon s-a realizat un cămin de zi „Cuibul copilului" pentru copiii salariaților unor fabrici din acel cartier. S-au organizat demonstrații ale mamelor muncitoare sub lozinca: „Vrem lapte și cămine de zi pentru copii, vrem concedii plătite pentru femeile gravide".

Partidul Comunist, înfruntînd prigoana regimului burghezo-moșieresc, activînd în condițiile deosebit de grele ale ilegalității, a desfășurat o intensă activitate de luminare a maselor, de luptă împotriva ignoranței, superstițiilor, pentru formarea, la fiecare om al muncii, a unei concepții științifice despre lume. Printre multiplele forme de activitate în acest domeniu amintim „Liga contra prejudecăților" (1935), organizație legală a P.C.R. de răspîndire a cunoștințelor științifice în popor, a cunoștințelor de igienă personală, de igienă alimentară etc., de luptă împotriva descîntecelor, a superstițiilor etc. Și-au dat adeziunea la această organizație foarte mulți medici care se angajau să lupte împotriva superstițiilor, a descîntecelor,

a practicilor empirice băbești, atît de dăunătoare sănătății. Dintre marii savanți din domeniul medicinei care și-au dat adeziunea la acest program de activitate al Ligii, amintim pe prof. Gheorghe Marinescu, prof. C.I. Parhon și alții.

Îndreptarul sigur, calea revoluționară ce trebuia urmată în problemele medico-sociale a arătat-o Partidul Comunist, călăuzit de învățătura marxist-leninistă. Prin întreaga sa activitate pusă în slujba poporului, a progresului social al țării, Partidul Comunist, încă din acele grele condiții ale luptei ilegale, și-a îndeplinit *rolul său conducător* în organizarea politică a clasei muncitoare, în conducerea luptei pe tărîm economic, politic, ideologic cît și în promovarea unei concepții științifice, în luminarea căii spre dezvoltarea științei, culturii, sănătății publice. Interesele vitale ale întregului popor muncitor au fost reprezentate și apărate de proletariat în frunte cu Partidul Comunist. De aceea, conducătorul clasei muncitoare, Partidul Comunist, a devenit conducătorul legitim al întregului popor muncitor în lupta sa pentru progres social.

Instaurarea regimului democrat-popular în țara noastră marchează o etapă nouă în lupta partidului nostru pentru sănătatea poporului. Tovarășul Gheorghe Gheorghiu-Dej, sintetizînd sarcinile ce stăteau în fața Partidului în vederea refacerii și dezvoltării țării arăta, încă la Conferința națională a P.C.R. din 1945, că trebuie dată o atenție deosebită problemei sănătății publice; deși a trecut un timp istoricește scurt de la instaurarea regimului democrat-popular, statul nostru, traducînd în viață politica partidului în toate domeniile de activitate socială, a obținut realizări de mare însemnătate.

În raportul C.C. al P.M.R. la cel de al III-lea Congres al partidului, tovarășul Gheorghe Gheorghiu-Dej a arătat că țara noastră a făcut un uriaș pas înainte în dezvoltarea sa economică și socială, ceea ce creează condițiile pentru progresul ei continuu, într-un ritm și mai înalt. Traducînd în viață politica sanitară a P.M.R., statul nostru democrat-popular a cheltuit în perioada 1956—1959 peste 1,6 miliarde lei pentru măsurile de protecția muncii. 400 000 de oameni ai muncii și 100 000 de copii și-au petrecut concediul de odihnă sau au beneficiat de diferite tratamente în stațiunile balneo-climatice.

Îmbunătățirea permanentă a condițiilor materiale și culturale are loc prin complexul de măsuri economico-sociale preconizate de conducerea de partid și de stat a țării noastre și se reflectă deosebit de pregnant în ridicarea neîncetată a stării sanitare a poporului. Alături de acestea, s-au obținut succese de seamă pe linia îmbunătățirii calității ocrotirii sănătății, a lărgirii accesibilității asistenței medicale. A scăzut mortalitatea generală la $8{,}7^0/_{00}$ față de $20^0/_{00}$ în trecut, mortalitatea infantilă sub 7% față de 20% în

trecut; a crescut media de viață de la 42 de ani în 1930—31, la 63 de ani în 1958.

A fost lichidată febra recurentă, este pe cale de a se realiza eradicarea unor boli cum sînt: malaria, pelagra, tetanosul, ș.a. Circumscripțiile sanitare sînt încadrate cu medici bine pregătiți; 1 362 dintre ele sînt încadrate cu 2 medici (unul fiind pediatru), iar peste 300 cu 3 medici (unul fiind stomatolog).

Caracterului filantropic și mercantil al practicii medicale în trecutul țării noastre i-a luat astăzi locul, în condițiile regimului democrat-popular, o medicină de stat larg accesibilă tuturor cetățenilor patriei.

Realizările deosebite obținute de regimul nostru democrat-popular ne arată că numai clasa muncitoare sub conducerea P.M.R. este purtătoarea unei adevărate concepții umaniste, a grijii pentru sănătatea întregului popor, a accesibilității practicii medicale pentru toți cetățenii patriei noastre.

Politica partidului nostru, expresie a celor mai înaintate năzuințe ale clasei muncitoare, activitatea statului nostru democrat-popular, ilustrează concepția umanismului marxist, grija consecventă pentru poporul muncitor, creatorul valorilor materiale și culturale în țara noastră.

Perspective mărețe se deschid în fața poporului nostru harnic. Principalul obiectiv al planului economic pe anii 1960—1965 este dezvoltarea bazei tehnico-materiale a socialismului, încheierea procesului de făurire a relațiilor de producție socialiste în întreaga economie în vederea desăvîrșirii construirii socialismului. Sănătatea publică va beneficia din plin de aceste realizări: va crește capacitatea de spitalizare cu circa 18 000 paturi, se vor construi circa 100 policlinici orășenești și raionale, se va îmbunătăți continuu asistența medicală. Numărul celor care vor merge la odihnă și cură în stațiunile balneo-climaterice va fi în 1965 cu peste 30% mai mare față de anul 1959.

Poporul nostru înfăptuiește cu elan patriotic și puteri sporite mărețele sarcini trasate de cel de al III-lea Congres al P.M.R.

Victoriile de azi sînt chezășia conducerii de către încercatul nostru partid a întregii activități sociale ce se desfășoară în patria noastră; victoriile de azi cuprind în ele întreaga luptă și jertfă a Partidului Comunist, de la a cărui înființare se împlinesc anul acesta 40 de ani. Factorul hotărîtor care a dus la obținerea de către poporul nostru muncitor a victoriei de însemnătate istorică, construirea socialismului în țara noastră, l-a constituit creșterea rolului conducător al partidului în toate domeniile activității sociale, întărirea continuă a rîndurilor sale, vasta muncă organizatorică și politică pe care partidul a desfășurat-o în mase. Milioanele de oameni ai muncii de la orașe și sate urmează cu dragoste și încredere partidul nostru, cu convingerea nestrămutată că linia sa politică exprimă interesele lor vitale.

VACCINAREA ANTIPOLIOMIELITICA

Poliomielita sau paralizia infantilă este o boală cunoscută din cele mai vechi timpuri. Numărul mare de îmbolnăviri paralitice provocate de virusul poliomielitic în foarte multe țări din lume în ultimii zeci de ani a atras atenția asupra importanței acestei boli, a impulsionat cercetările și a înmulțit eforturile oamenilor de știință în direcția combaterii și prevenirii ei. Una din cele mai sigure arme în limitarea răspîndirii și în cele din urmă în suprimarea unei boli contagioase, deci transmisibile de la om la om, de la bolnav la cei din jur, o constituie imunizarea populației sensibile sau receptive la îmbolnăvire prin vaccinare. Prin acest procedeu multe din bolile contagioase au fost stăvilite în extinderea lor (difteria, febra tifoidă, variola etc.)

Cercetările laborioase și colaborarea savanților din mai multe țări au determinat o schimbare radicală în eficacitatea posibilităților de prevenire a poliomielitei, prin descoperirea în 1954—1955 a vaccinului antipoliomielitic, prin fundamentarea științifică și verificarea practică a vaccinării antipoliomielitice. Vaccinul realizat cu șase ani în urmă și cu care s-au efectuat în anii următori primele vaccinări antipoliomielitice într-o serie de țări, între care și țara noastră, este un vaccin preparat cu virus poliomielitic omorît sau inactivat cu ajutorul formolului și căldurii.

Vaccinul cu virus omorît, cunoscut și sub denumirea de vaccin Salk, după numele unuia din savanții care l-au preparat pentru prima dată, se fabrică azi și în țara noastră în Institutul „Dr. I. Cantacuzino".

Vaccinarea completă cu virus inactivat se realizează prin 3 injecții, între care primele se administrează la interval de 4 săptămîni, iar a treia la 6—7 luni după a doua. În ultima vreme se recomandă o a patra injecție de 1 ml vaccin după 1 an, pentru a redeștepta și a întări imunitatea, adică capacitatea specifică de apărare a organismului față de infecția poliomielitică. Pentru a crește și mai mult siguranța protecției se propune ca foarte utilă administrarea unei doze suplimentare de vaccin cu o lună înainte de sezonul epidemic sau de o eventuală deplasare într-o regiune cu epidemie de poliomielită.

Vaccinul antipoliomielitic poate fi administrat singur sau asociat cu alte vaccinuri care se aplică în mod curent în epoca copilăriei (antidifteric, antitetanic, antituse convulsivă). Prin aceste asocieri se potențează, se întărește acțiunea protectoare a fiecăruia din vaccinurile care intră în amestec.

Vaccinarea antipoliomielitică se va efectua în primele luni ale anului (februarie-aprilie) pentru ca sezonul epidemic — lunile de vară și început de toamnă în care se înregistrează cele mai multe cazuri de poliomielită — să găsească populația receptivă protejată.

Primele vaccinări antipoliomielitice au cuprins în primul rînd, precum era și firesc, grupele de vîrstă cele mai sensibile, situație care a variat după diferitele țări. La noi, s-au vaccinat în primul rînd copiii din prima și a doua vîrstă (creșă și cămin), acestea fiind vîrstele la care frecvența poliomielitei era mai ridicată. Ulterior vaccinarea s-a extins și la grupele mai mari, cuprinzînd tot mai mulți copii și tinzînd să realizeze în viitorul apropiat protejarea întregii populații infantile și adolescente obiectiv realizabil și prin faptul că avem o producție proprie de vaccin antipoliomielitic.

Faptul că s-au observat îmbolnăviri de poliomielită și la copiii foarte mici, în primele luni de viață, a ridicat problema complexă a utilității vaccinării sub vîrsta de 6 luni. După cum se știe, această vîrstă a fost considerată multă vreme limita inferioară la care, pe de o parte, vaccinarea devine necesară, deoarece în primele șase luni copilul fiind protejat prin elemente de apărare, adică anticorpi transmiși de la mamă, nu ar avea nevoie să fie vaccinat, iar pe de altă parte, abia de la această vîrstă organismul infantil ar fi capabil să fabrice anticorpi de răspuns față de vaccinul inoculat, deci să se imunizeze. Concluziile cercetărilor efectuate în această problemă au stabilit utilitatea vaccinului antipoliomielitic și sub vîrsta de 6 luni, vaccinarea putînd fi începută din primele 2—4 luni de viață.

Se recomandă de asemenea vaccinarea gravidelor, mai ales în prezența condițiilor prevestitoare ale izbucnirii unei epidemii, atît pentru a crește posibilitățile de imunizare a nou-născutului prin transmiterea prin placentă de anticorpi antipoliomielitici, cît și pentru protecția lor proprie, ele fiind mai sensibile la îmbolnăvire.

Bilanțul rezultatelor vaccinării antipoliomielitice cu virus omorît, după acești cîțiva ani de aplicare, este cît se poate de îmbucurător, vaccinul oferind o protecție eficace la aproximativ 75% din numărul celor vaccinați complet, adică cei care au primit trei inoculări de vaccin.

Perspective mult mai mari deschide însă aplicarea în practică a unei noi cuceriri a științei medicale: vaccinul antipoliomielitic cu virus viu, atenuat, îmblînzit. O vaccinare oferă o rezistență față de îmbolnăvire cu atît mai sigură, cu cît procedura sa de efectuare este mai apropiată de calea naturală de infecție, de modul cum se produce în natură îmbolnăvirea persoanelor receptive. Într-adevăr, administrarea vaccinului viu se realizează în mod foarte simplu, pe cale bucală, virusul pătrunzînd din gură în tubul digestiv, înmulțindu-se acolo și eliminîndu-se prin materiile fecale în decurs de 1—6 săptămîni, refăcînd în acest fel calea digestivă, prin care se produce în enorma majoritate a cazurilor infecția naturală.

Vaccinarea cu virus viu prezintă un triplu avantaj față de metoda cu virus inactivat este mult mai simplă, mult mai ieftină (cheltuielile de vaccinare reducîndu-se cu peste 50%), este mult mai eficace, oferind o imunitate puternică și de durată, asemănătoare cu cea realizată prin trecerea prin boala propriu-zisă, adică prin infecția naturală.

Administrarea de vaccin cu virus viu se face sub forma de picături, drajeuri, comprimate sau bomboane luate cu ceai, apă, lapte etc. Se vaccinează cu suficient timp înainte de sezonul epidemic, cu 3 doze succesive de monovaccin față de tipul 1, 2 și 3 de virus poliomielitic, făcîndu-se apoi revaccinarea cu un amestec din cele 3 monovaccinuri, adică vaccinuri specifice strict față de tipul 1, 2 sau 3 de virus poliomielitic, recunoscute pînă acum ca provocînd paralizia poliomielitică la om.

Actualmente există un vaccin viu trivalent, conținînd toate cele 3 tipuri de virus într-o anumită proporție, ceea ce oferă posibilitatea unei imunizări simultane, cu toate tipurile de virus într-o singură administrare. După vaccinarea cu virus viu se crede că se poate obține o protecție sau o imunitate pe toată durata vieții față de infecția poliomielitică, așa cum se realizează prin infecția naturală.

Marea experiență a Uniunii Sovietice de vaccinare antipoliomielitică în masă cu vaccin cu virus viu atenuat, începută încă din ianuarie 1959 și extinsă asupra întregii populații în vîrstă de la 2 luni pînă la 30 de ani, a demonstrat lipsa de reacție post-vaccinală și de orice pericol al acestei noi metode profilactice capabilă să lichideze total epidemiile de poliomielită. Astfel, planul măreț al Ministerului Sănătății al Uniunii Sovietice, de suprimare, de eradicare a poliomielitei, se apropie cu pași siguri de realizare.

Țările capitaliste, S.U.A., Canada, Anglia, Italia, care inițial au privit cu neîncredere această uriașă experiență au început acum, după exemplul Uniunii Sovietice să producă și ele vaccin cu virus viu atenuat și se pregătesc să înceapă și să extindă vaccinarea cu acest tip superior de vaccin.

Cu cît se va realiza un număr mai mare de vaccinări, cu o imunizare cît mai sigură pe întregul glob și în fiecare țară în parte, cu atît se va restrînge numărul îmbolnăvirilor de poliomielită.

Participarea activă a întregii populații și mai ales a părinților în prezentarea în special a copiilor și tinerilor la datele fixate și în serie completă la vaccinările antipoliomielitice, alături de respectarea normelor igienico-sanitare referitoare la izolarea bolnavului și întreruperea căilor de transmisie a infecției, reprezintă contribuția conștientă a maselor în lupta împotriva poliomielitei.

În Republica Populară Romînă, în cadrul măsurilor complexe de combatere a poliomielitei, s-a acordat o mare atenție protejării populației receptive prin vaccinare, țara noastră fiind printre primele țări în care s-a aplicat în proporție de masă și pe întreg teritoriul vaccinarea antipoliomielitică cu vaccin omorît, primordial a copiilor mici și apoi a grupelor de vîrstă mai mari.

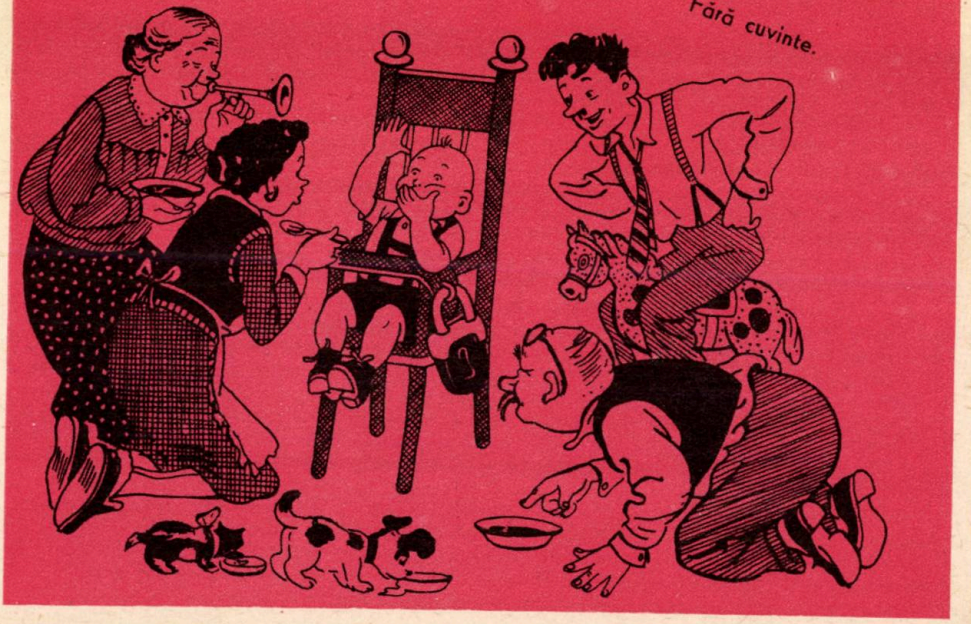
Organizarea sistematică a vaccinărilor și revaccinărilor antipoliomielitice a făcut posibilă realizarea unei protecții eficiente față de boală. În vara anului 1960 s-au efectuat și în țara noastră primele vaccinări cu virus poliomielitic viu atenuat primit din U.R.S.S.

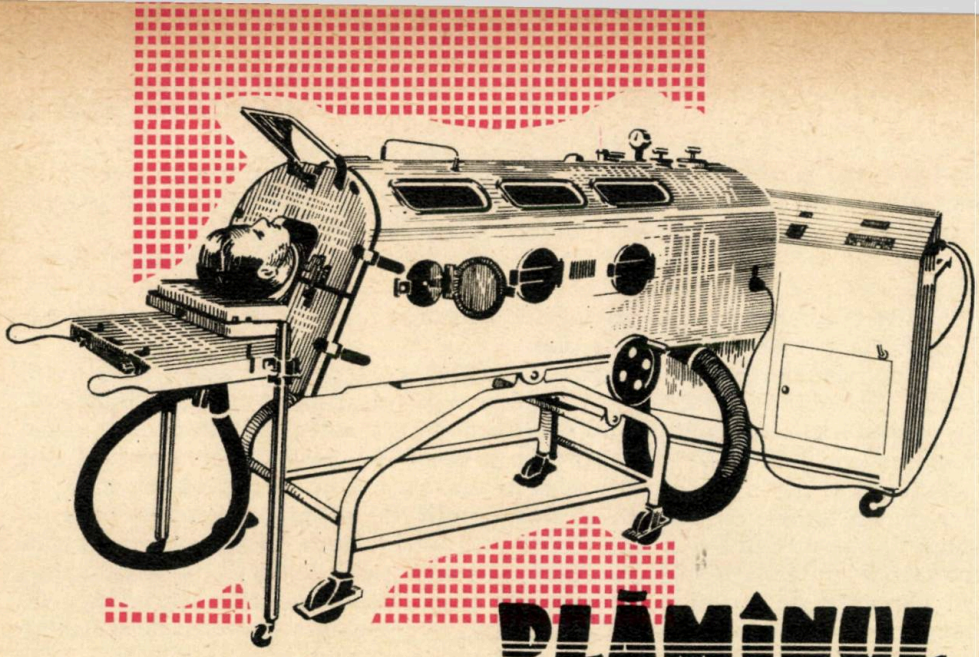
Realizarea vaccinului inactivat în Institutul Dr. I. Cantacuzino, pregătirea producției de vaccin cu virus viu atenuat în cadrul aceluiași Institut demonstrează încă o latură a grijii deosebite a statului democrat popular față de problemele de sănătate publică și atestă eforturile eficiente care se fac în țara noastră pentru a se limita și eventual suprima epidemiile de poliomielită.

UMOR SOVIETIC

„Ai gripă? Dar cum ai observat că te scutură?"

Fără cuvinte.





PLĂMÂNUL DE OȚEL

În cursul multor boli se produc tulburări mari ale principalelor funcții ale organismului uman, între care și aceea de importanță vitală a respirației. Oamenii au fost impresionați din cele mai vechi timpuri de fenomenul de reducere și oprire a repirației, pe care l-au observat în anumite împrejurări și cu vremea și-au pus tot mai asiduu problema acordării de ajutor și salvării vieții grav amenințată prin această tulburare. De la practicile vechi de suflat în gură, de la metodele empirice și mai apoi diferitele procedee fundamentate științific de respirație artificială manuală, s-a ajuns în ultimele decenii la construirea a numeroase aparate de cele mai variate și perfecționate tipuri pentru realizarea respirației artificiale mecanice. Aceste aparate se împart în general în două mari categorii: aparate care acționează din exterior asupra peretelui cuștii toracice și aparate prin care se insuflă în mod direct aer în interiorul arborelui respirator. Astfel, mintea omenească a ajuns să opună o armă puternică marilor tulburări respiratorii amenințătoare de viață și să salveze din impasul respirator mai mult sau mai puțin îndelungat mulți bolnavi sau accidentați.

Prima etapă a respirației sau respirația pulmonară se traduce la exterior prin mișcările cuștii toracice, care se mărește în inspirație, determinînd pătrunderea aerului oxigenat în plămîni și se micșorează în expirație, provocînd eliminarea aerului încărcat cu bioxid de carbon și vapori de apă. Mișcările cuștii toracice constituie așa-numita mecanică respiratorie sau mecanică ventilatorie și se efectuează prin musculatura respiratorie, după un anumit ritm, frecvență și amplitudine dictată de centrii nervoși ai respirației și condiționată de capacitatea funcțională a mușchilor respiratori și de elasticitatea peretelui toracic și a țesutului pulmonar.

Insuficiența mecanicii respiratorii se manifestă între altele prin creșterea numărului de respirații pe minut peste valorile normale, prin reducerea ampliației mișcărilor toracice, respirația devenind superficială, prin neregularități ale ritmului respirator. Două mecanisme principale pot duce

la reducerea şi chiar suprimarea mecanicii respiratorii, şi anume: paralizia sau din contra înţepenirea muşchilor respiratori şi dezorganizarea şi paralizarea centrilor nervoşi, care comandă mişcările respiratorii.

În normalizarea mecanicii respiratorii şi chiar suplinirea sa în cazurile de oprire totală a adus şi continuă să aducă servicii, unul din cele mai utilizate şi eficace aparate cu acţiune exterioară exercitată asupra peretelui toracic, şi anume *plămînul de oţel.*

Cunoscut de puţine decenii, plămînul de oţel, denumit astfel după funcţia sa de proteză, întărire şi suplinire a respiraţiei pulmonare deficiente se prezintă sub mai multe tipuri şi modele, tot mai perfecţionate. În linii mari, orice tip corespunde unui plan general de construcţie, constînd din următoarele piese principale: camera sau cabina cu închidere ermetică, în care se introduce corpul bolnavului, suplinită pentru scurte perioade de timp de aşa-numitul dom sau clopot aplicabil asupra capului; corpul sau instalaţia de funcţionare electrică şi manevrare manuală a aparatului, cu sistemele de reglaj, cadranele de urmărire a valorilor variaţiilor de presiune în cameră sau dom, butoanele de comandă; scheletul de susţinere cu dispozitivele de modificare a poziţiei aparatului şi de deplasare.

Ca dimensiuni, plămînul de oţel prezintă variaţii în raport cu destinaţia sa pentru copil sau adult. Toate tipurile de plămîn de oţel sînt adaptate pentru funcţionarea electrică la priză, dar şi pentru manevrarea manuală cu manivelă în caz de lipsă sau defectare a reţelei electrice. Cerinţa principală a construcţiei utilitare a aparatului este ca după coborîrea capacului şi închiderea manetelor exterioare, camera respectivă să fie complet izolată de atmosfera înconjurătoare şi să rămînă supusă numai influenţelor de presiune exercitate de aparat şi reglate de medic după necesitate.

Pe ce principiu se bazează acţiunea aparatului asupra respiraţiei bolnavului? Simplu: prin mărirea presiunii aerului cuprins în camera aparatului se exercită presiune asupra cuştii toracice şi abdomenului, astfel încît se potenţează expiraţia, deci eliminarea aerului din plămîn. Prin jocul invers de micşorare a presiunii în cameră sub presiunea atmosferică de 760 mm Hg se acţionează inspirul, deci pătrunderea aerului în plămîni.

Jocul modificărilor de presiune în camera plămînului de oţel în plus sau în minus nu este prea mare faţă de presiunea atmosferică obişnuită de 760 mm Hg şi se poate regla prin dispozitive speciale în raport cu necesităţile bolnavului sesizate prin urmărirea pulsului, tensiunii arteriale, coloraţiei feţei, stării generale etc. Mai important pare totuşi nivelul de scădere a presiunii sau depresiunea care antrenează inspirul. Valorile medii ale depresiunii sînt de 16-20 cm apă pentru adult şi 10-15 cm apă pentru copil.

Bolnavul introdus în camera plămînului de oţel beneficiază în continuare de posibilitatea de atentă supraveghere medicală necesitată de starea sa. Prin orificiile laterale se poate introduce mîna pentru a se lua pulsul, tensiunea arterială, temperatura corpului. Orificii speciale permit introducerea tuburilor pentru transfuzii şi perfuzii de sînge, plasmă sau seruri. Aspiratoarele ataşate aparatului ajută extragerea secreţiilor din căile respiratorii superioare ale bolnavului, care datorită insuficienţei respiratorii nu le mai putea elimina prin expectoraţie sau tuse.

Camera sau cabina plămînului de oţel se poate încălzi la temperatura dorită, se poate lumina, prezintă geamuri prin care se poate supraveghea în permenenţă bolnavul, posedă un dispozitiv de susţinere a picioarelor

în poziţie normală, important mai ales în paraliziile poliomielitice, în care picioarele cad în jos, are recoltoare pentru urină şi materii fecale. Prin mecanisme automate sau prin manevrare manuală se poate da camerei înclinări speciale după nevoie, coborînd de pildă capul bolnavului mai jos decît restul corpului cînd prezintă secreţii în gură, trahee, bronhii, înclinîndu-l lateral cînd este nevoie să acordăm mai multă libertate extensiilor jumătăţii stîngi sau drepte a toracelui sau cînd poziţia pe spate favorizează stagnarea sîngelui în plămîni şi congestia pulmonară.

Aplicarea plămînului de oţel se recomandă în special pentru cazurile de insuficienţă a mecanicii respiratorii care rămîn uscate şi nu se însoţesc de formare de secreţii, care ameninţă să fie aspirate în plămîn şi să astupe căile respiratorii din ce în ce mai adînc. Pentru formele umede sau cu secreţie sînt indicate aparate din categoria a doua cu insuflaţie directă de aer în căile respiratorii, după ce s-a făcut operaţia de deschidere a traheei.

Folosirea plămînului de oţel este temporară şi nu se va abuza niciodată de aplicarea sa pentru perioade mai lungi de timp decît 10, maximum 20 de zile, căci bolnavul se obişnuieşte cu el şi are mari dificultăţi în a-şi relua respiraţia sa fiziologică. De asemenea, aplicarea îndelungată este nocivă şi prin modificările produse asupra inimii şi circulaţiei.

De fapt, o aplicare corectă pentru o perioadă scurtă de timp este suficientă să scoată bolnavul din impasul respirator.

Conceput iniţial pentru paraliziile respiratorii din poliomielită, azi folosirea plămînului de oţel s-a extins asupra insuficienţelor respiratorii din cele mai variate boli şi stări patologice (tetanos, encefalite, miastenie, asfixia nou-născuţilor, sindromul de înnec, de electrocutare etc., pentru a aminti numai de cîteva). Tipuri de plămîn de oţel perfecţionate, cu reglare automată, electronică îşi dispută actualmente utilitatea cu mecanisme noi, mai simple, care îşi exercită acţiunea prin intermediul unei cuirase aplicate pe regiunea toraco-abdominală, prin care se exercită apăsarea şi aspirarea cuştii toracice şi antrenarea presei abdominale, prezentînd avantajul că bolnavul este mai liber şi poate fi mai uşor îngrijit.

TEHNICA NOUĂ

In ultima vreme a fost construit un dispozitiv interesant denumit radiosondă sau radiopilulă, care reprezintă un radioemiţător în miniatură cu semiconductori, utilizat în studiul funcţiilor digestive ale bolnavilor. Acest dispozitiv este înghiţit de persoana examinată şi urmează calea naturală a tractului digestiv (calea alimentelor). Cu ajutorul unui radioreceptor, a cărei antenă se află în imediata apropiere a persoanei examinate, semnalele emiţătorului, modelate în funcţie de modificările de presiune, temperatură sau concentraţia ionilor de hidrogen, se înregistrează continuu sub forma unei curbe. Situaţia dispozitivului în cavitatea abdominală se controlează cu un aparat roentgen. Metoda permite studiul funcţiei digestive şi oferă mari perspective pentru cercetări de fiziologie.

S-a realizat un dispozitiv electronic care „ţine minte" 800 de semne ale diferitelor boli ale ochilor, „memorie", care permite precizarea diagnosticului pe baza coincidenţei simptomelor furnizate maşinii.

Insectele produc substanțe bactericide...

Furnicile secretă o serie de substanțe biologic active, dintre care unele au proprietăți bacteriostatice și bactericide, adică de a inhiba dezvoltarea microorganismelor. Încă din vechile tratate de medicină (Venturini, 1708) se indicau proprietățile terapeutice ale extractului de furnici în diferite boli.

Cercetări mai noi au stabilit că acidul formic pe care-l produc mai multe specii de furnici are proprietăți bactericide.

În 1948 doi cercetători (Paran și Nascimbene) au izolat dintr-o specie de furnică (furnica argentiniană — *Iridomyrex humilis* Mayr) o substanță cu proprietăți antibacteriene, pe care au denumit-o „iridomirmecină". Această substanță se găsește în glandele anale ale furnicilor argentiniene lucrătoare și are proprietatea de a tulbura coordonarea mișcărilor și a reduce activitatea motorie a dușmanilor insectei cu care se luptă furnica argentiniană. Deci iridomirmecina are proprietăți insecticide foarte pronunțate. De asemenea are proprietăți antibiotice importante.

Dintr-o specie de furnici galbene *(Dendrolasius fuliginosus L)*, în 1956 a fost izolat un alt produs al secreției glandelor mandibulare ale acestor furnici, denumit *dendrolazina*, care are de asemenea proprietăți insecticide, folosite de furnicile galbene în lupta altor insecte sau altor specii de furnici.

Larvele de *Melasoma populi L.* secretă o substanță cu miros pătrunzător specific și cu proprietăți bactericide și insecticide importante. Substanța activă din secreția acestei larve s-a dovedit a fi aldehida salicilică.

O altă substanță biologic activă este și cantaridina, secretată de coleopterele din familia *Meloidae*, care căzînd pe pielea omului provoacă băşici caracteristice ce amintesc arsurile. De asemenea, pedezina, secretată de o specie de gîndaci provoacă necroza pielii la om. Aceste 2 substanțe nu au însă proprietăți bactericide, ci sînt secretate de insecte ca mijloc de apărare.

Alte specii de insecte, ca fenehionidele sau carabidele-bombardieri (denumiți astfel pentru că proiectează secreția glandelor lor anale în caz de alarmă) produc substanțe biologic active care sperie dușmanii și au și proprietăți bactericide.

Secreția coleopterelor *Pheropsophus africanus* Deg. conține acid azotic.

Toate substanțele menționate, produse de insecte au o structură chimică relativ simplă, cu mult mai simplă decît substanțele produse de animalele homeoterme.

Cum a fost și CUM ESTE...

Una din cele mai măreţe meniri ale femeii este aceea de a fi mamă. Scriitorul sovietic Maxim Gorki evocă cu accent deosebit de cald această nobilă misiune pe care natura i-a hărăzit-o femeii. El spune: „Să cinstim mama a cărei dragoste nu cunoaşte piedici, al cărei sîn a alăptat lumea întreagă... Tot ce este frumos provine de la razele soarelui şi de la laptele mamei; aceasta ne face să iubim atît de adînc viaţa. Fără soare nu există flori, fără dragoste nu există fericire, fără femeie nu există dragoste, fără mamă nu există nici poeţi, nici eroi".

Cît de greu le-a fost însă femeilor în timpurile întunecate din trecut să-şi îndeplinească menirea de mamă şi cît de greu le-a fost copiilor să biruie lupta crîncenă pe care trebuiau s-o dea, chiar de la naştere, pentru a rămîne în viaţă.

În Romînia trecutului de tristă memorie nu s-a făcut nimic pentru a ocroti mama şi copilul. Cui dintre îmbuibaţii cîrmuitori ai statului burghezo-moşieresc putea să-i pese de ce se întîmplă cu familia muncitorului şi a ţăranului sărac în mijlocul şomajului, a mizeriei şi a cruntei exploatări?

Mama muncitoare sau mama ţărancă nu era apărată sau ajutată nici în timpul graviditătii şi nici după naştere. Se numărau cu miile lucrătoarele care trudeau în fabrici pînă în ultimele clipe ale sarcinii, iar naşterea în ţărînă sau pe rogojină era în satele noastre un fapt comun.

În anul 1938, an de mult lăudată prosperitate capitalistă, mai mult de jumătate din naşteri au fost asistate de babele satelor şi numai o naştere din 50 a avut loc în maternităţi. Aproape 8000 de femei au murit de pe urma lipsei de îngrijire la naştere, iar numărul celor care au rămas cu sănătatea zdruncinată pentru tot restul zilelor s-a cifrat la zeci de mii.

În acelaşi an au murit peste 80000 de copii înainte de a fi atins vîrsta de 1 an şi dintre aceştia nici măcar a cincea parte nu fuseseră văzuţi de medic cel puţin o dată înainte de a muri.

Dacă aceasta a fost situaţia în unul din cei mai înfloritori ani ai dominaţiei capitaliste, este uşor de închipuit cum se petreceau lucrurile în anii mai puţin buni.

Cu multă intuiţie şi simţ artistic redă marele nostru scriitor Mihail Sadoveanu în romanul său „Mitrea Cocor" primejdiile pe care trebuia să le înfrunte în trecut copilul satelor noastre. După ce alţi 6 fraţi ai lui Mitrea se prăpădiseră „unii de pojar, alţii de bube, alţii de plînsori, alţii de fiertură de măciulii de mac, fiecare cum i-a fost scris", s-a născut Mitrea. „Ăsta a trăit. A biruit şi sugăricea de covrig mestecat în gură şi macul şi pojarul şi vărsatul. Nu s-a opărit cînd a vărsat căldarea cu apă clocotită, nu l-au sfîşiat porcii cînd l-au găsit în albie în dosul casei dînd din picioruşe ca un gîndac şi gîngurind spre ei. N-a pierit nici din fiertura de poame crude, nici din balega de cal stoarsă de babele satului în gura lui cînd a avut tuse măgărească. S-a îndărătnicit să rămîie pe lumea asta păcătoasă".

Nu trebuie să recurgem însă la operele literaţilor noştri pentru a cunoaşte realitatea acelor vremuri. Un document, pe cît de autentic, pe atît de acuzator la adresa statului capitalist, este apelul lansat în 1939 de Ministerul Sănătăţii din acea vreme.

În el se spune: „Dintr-un capăt în altul al țării, copiii, viitorul neamului nostru, pier. Zi de zi pierderea se mărește și puterea natiunii scade. Pe tot cuprinsul țării asistența copiilor e atît de mică încît copiii noștri au rămas ai nimănui".

S-au dus pentru totdeauna timpurile acestea întunecate. Dacă astăzi mai pomenim de ele, o facem numai pentru a înțelege cît de mult a făcut statul nostru de democrație populară, sub înțeleapta conducere a Partidului Muncitoresc Romîn în toate domeniile vieții și în special în domeniul ocrotirii mamei și a copilului, luînd ca exemplu minunatele realizări ale primei țări a socialismului, Uniunea Sovietică.

Ceea ce s-a realizat în anii trecuți, de la memorabila dată de 23 August 1944, întrece cele mai îndrăznețe previziuni. Iată cîteva cifre grăitoare:

De la circa 1600 de paturi de asistență medicală pentru copii și 2000 de paturi de asistență medicală pentru femei, existente în 1944, s-a ajuns la aproape 19000 de paturi pentru copii și peste 20000 de paturi pentru femei.

Toată rețeaua de instituții de ocrotire a sănătății mamei și copilului existentă astăzi în mediul rural este creată între anii 1945 și 1960. Astfel, cele 8900 de paturi aflate în 1700 case de nașteri și maternități rurale, cele 3800 de paturi din 252 de staționare de copii și din secțiile spitalicești de pediatrie din mediul rural ca și cele aproximativ 2300 de bucătării de lapte care se găsesc la sate, nu pot fi opuse decît cifrei 0, care reprezintă efectivul acestor unități înainte de 1945.

La aceasta trebuie adăugat că după 1944 au fost deschise 314 creșe cu 11000 locuri și 7000 de grădinițe cu 300000 de locuri și că s-au creat numeroase dispensare, policlinici, preventorii, sanatorii, sanatorii balneare, case ale copilului, cămine școală, cămine-spital etc. În fiecare an , zeci de mii de copii își petrec vacanța în tabere și colonii. De asemenea, trebuie adăugat că numărul circumscripțiilor sanitare a crescut în acest interval de la 1740 la 3312, unei circumscripții sanitare revenindu-i în prezent o populație de numai aproximativ 5500 de locuitori, că în fiecare circumscripție urbană și în jumătate din circumscripțiile rurale funcționează cîte un medic special pentru copii și că numărul medicilor de copii a crescut aproape de 10 ori, ajungînd la aproximativ 2500. Grație acestor eforturi integrate în sistemul general al măsurilor de stat îndreptate spre ocrotirea sănătății întregii populații și în special a mamei și copilului, s-au obținut îmbunătățiri din cele mai importante ale stării de sănătate a femeilor și copiilor.

Astăzi, în mediul rural peste 94% din nașteri beneficiază de asistență calificată și peste 54% din totalul nașterilor au loc în instituții sanitare. În mediul urban, practic nu mai există nașteri neasistate și aproape toate nașterile au loc în maternități. Mortalitatea infantilă a scăzut cu două treimi față de nivelul ei dinainte de război (17—20%) și înregistrează în prezent valori în jurul a 7%. Numărul de născuți morți a scăzut de la 2—3%, la 1,7%. Numărul îmbolnăvirilor prin cele mai importante și grave boli transmisibile și netransmisibile a scăzut consiberabil și continuă să scadă. Dezvoltarea fizică a copiilor din țara noastră se îmbunătățește necontenit dovedind, prin creșterea apreciabilă a înălțimii, greutății și circumferinței toracice, o mai bună stare de nutriție și de sănătate a populației.

Nicăieri în lume, în afara țărilor socialiste, nu se întîlnesc realizări de asemenea proporții într-un interval de timp atît de scurt. Și acesta este doar începutul. Sub înțeleapta conducere a partidului nostru, succesele vor crește și se vor înmulți.

Pe măsura înaintării patriei noastre pe drumul socialismului, măreața operă a ocrotirii mamei și copilului se va desăvîrși atingînd culmi ale perfecțiunii care astăzi nu pot fi întrevăzute nici de cei mai îndrăzneți vizionari ai vremurilor viitoare.

Stațiune balneo-climatică permanentă, situată în raionul Tg. Ocna, regiunea Bacău.

Slănic-Moldova este situat la 18 km de Tg. Ocna, pe valea pîrîului Slănic, într-o regiune de dealuri împădurite, la o altitudine de 530 m.

Climatul stațiunii este un climat de cruțare. Stațiunea este ferită de vînturi, cu veri răcoroase, temperatura medie anuală este de 7,1° (ianuarie —4,2°; iulie 18,8°). Precipitațiile anuale totalizează 631 mm. Ploile din cursul verii sînt repezi și de scurtă durată. Numărul zilelor senine se ridică la 151, cele cu cer acoperit la 115 și cele noroase la 99.

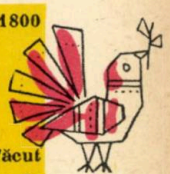
Factorii terapeutici sînt reprezentați de apele minerale cloro-bicarbonatate sodice, carbo-gazoase, ușor sulfuroase (izvoarele 1, 1 bis, 3, 6, 8, 8 bis și 10) folosite pentru cură internă, iar izvoarele 2, 4, 7, 9, 11 și 12 pentru cură externă — băi, inhalații, irigații, iar izvorul „300 de scări", oligometalic, este folosit în cura de diureză.

În stațiune există instalații de cură, ca: buvete pentru cură internă, instalații pentru băi cu apă minerală încălzită, instalații pentru fizioterapie, instalații pentru pneumatoterapie, sală de cultură fizică medicală.

Stațiunea Slănic-Moldova este indicată pentru bolile tubului digestiv și glandelor anexe (gastrite hiperacide, boala ulceroasă în afara crizelor — izvoarele 1, 1 bis și 3, sechele după hepatită epidemică, stări precirotice — izvoarele 8 și 10, litiază biliară și colecistitele necalculoase — izvoarele 1 bis și 3, colite și enterocolite cronice), boli de nutriție (diabet, gută etc.), boli ale căilor respiratorii (rinite, rino-faringite cronice, bronșitele cronice cu hipersecreție, astm bronșic, emfizemul pulmonar).

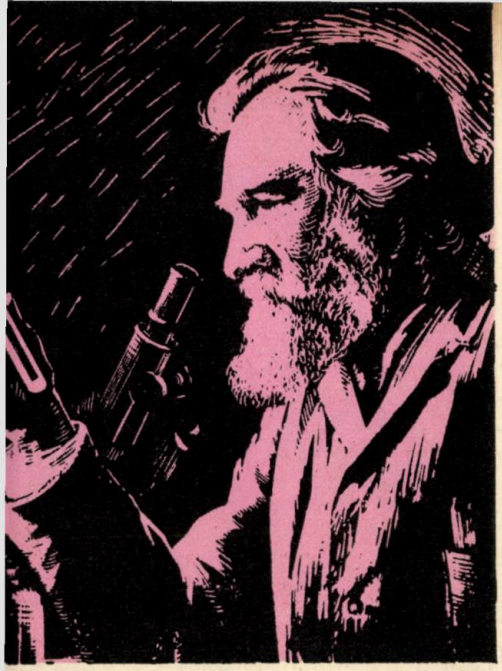
ȘTIAȚI CĂ...

- **izvoarele de ape minerale de la Slănic Moldova au fost descoperite în anul 1800 de un vînător?**
- **primele analize chimice ale apelor de la Slănic un fost făcute abia în 1832?**
- **amenajarea stațiunii de către capitaliști le-a adus profituri fabuloase?**
- **după naționalizarea stațiunilor balneare, în stațiunea Slănic-Moldova s-au făcut lucrări de amploare, care au transformat stațiunea într-un centru modern de tratament științific hidro-mineral?**



Junie

L		5	12	19	26
M		6	13	20	27
M		7	14	21	28
J	1	8	15	22	29
V	2	9	16	23	30
S	3	10	17	24	
D	4	11	18	25	



ILIA MECINIKOV, PĂRINTELE ŞTIINŢEI IMUNOLOGIEI

Marele savant rus Ilia Ilici Mecinikov s-a născut la 15 mai 1845, într-un sătuc din gubernia Harkov. Tatăl său era un urmaş îndepărtat al lui Nicolae Milescu Spătarul, vestitul boier moldovean care, după o încercare nefericită de a ajunge la tron, s-a refugiat în Rusia, unde calităţile lui de cărturar şi diplomat au fost foarte apreciate.

Ilia Mecinikov a manifestat de mic copil un deosebit interes pentru observarea naturii vii. Ca student al Universităţii din Harkov s-a remarcat prin cercetările de zoologie pe care începuse să le întreprindă. După o serie de călătorii ştiinţifice în Germania şi Italia, Mecinikov a fost numit profesor de zoologie şi anatomie comparată la Odesa. În semn de protest faţă de politica reacţionară aplicată în universităţi de autorităţile ţariste, el demisionează din învăţămînt în 1882, continuîndu-şi cercetările într-un laborator propriu. Împreună cu celebrul bacteriolog N.F. Gamaleia, organizează în 1886 la Odesa una din primele staţii din lume pentru tratamentul împotriva turbării. Persecuţiile la care era supus sistematic îl obligă pe Mecinikov să-şi părăsească patria, acceptînd invitaţia lui Louis Pasteur, care îi încredinţează în 1888 conducerea unui mare laborator în institutul său nou-înfiinţat.

La această epocă, Ilia Mecinikov dobîndise un renume ştiinţific mondial, datorită descoperirii fenomenului fagocitozei. Despre ce era vorba? Introducînd diferite substanţe străine în interiorul unui organism animal inferior (de pildă, introducînd grăunţe de materie colorantă în corpul unei stele de mare), Mecinikov a observat la microscop că anumite celule devin libere, se pun în mişcare şi înglobează substanţa străină, pe care o digeră şi apoi o elimină.

Mecinikov a demonstrat că asemenea „fagocite" (adică celule mîncătoare) există şi la animalele superioare, inclusiv la om. Globulele albe din sînge sînt printre cele mai active fagocite, fiind în stare să înglobeze microbi şi să-i distrugă, apărînd astfel organismul de infecţii. În felul acesta Mecinikov a pus în evidenţă unul din principalele mecanisme ale imunităţii, ale capacităţii organismului de a rezista la atacul microbilor provocatori de boală şi al produselor lor toxice. Cercetările ulterioare au dovedit că imunitatea este un fenomen mult mai complex decît presupusese Mecinikov, care, de pildă, nu recunoscuse sistemului nervos rolul său esenţial în apărarea antiinfecţioasă a animalelor superioare. Nu este însă mai puţin adevărat că marele savant rus a fost deschizător de drumuri în acest domeniu şi că, deşi nu era medic, îi revine un merit nepieritor în perfecţionarea mijloacelor moderne de luptă împotriva bolilor infecţioase.

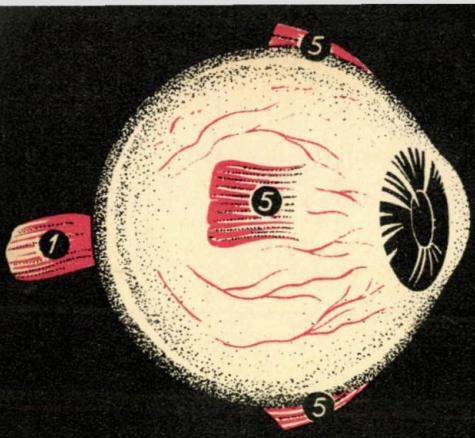
Mecinikov a efectuat valoroase cercetări asupra agenţilor patogeni ai holerei şi sifilisului.

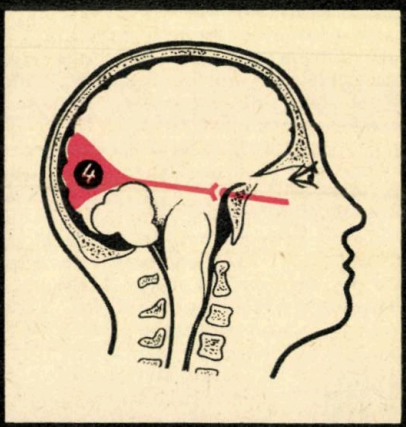
Către sfîrşitul vieţii, sale, Mecinikov a studiat mecanismul îmbătrînirii şi al morţii, străduindu-se să precizeze regimul alimentar cel mai corespunzător pentru menţinerea vigorii şi sănătăţii omului.

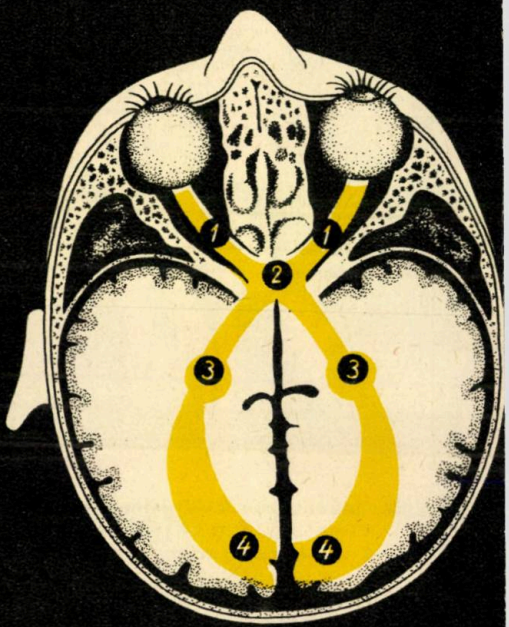
Pentru marile sale merite ştiinţifice, Mecinikov a obţinut în 1908 premiul Nobel.

A încetat din viaţă la 15 iulie 1916, departe de patria sa, care încă nu scuturase jugul autocraţiei ţariste, dar încrezător în perspectivele luminoase ale ştiinţei ruse, al cărei reprezentant strălucit a fost.

Cum funcționează OCHIUL?







Schema organului vederii

1) — nervul optic; *2)* chiasma optică; *3)* corpii cvadrigemeni; *4)* regiunea occipitală a scoarței; *5)* mușchii globului ocular.

Noile cuceriri ale tehnicii sînt deosebit de atrăgătoare și ai să întîlnești printre prieteni și cunoscuți mulți care-ți vor descrie cu lux de amănunte celula fotoelectrică, aparatul de fotografiat cel mai nou sau televizorul, cunoscînd, atît principiile de funcționare, cît și amănuntele tehnice de construcție. Acest lucru este foarte bun.

Este surprinzător însă că printre aceștia întîlnești pe unii care nu cunosc decît foarte puține lucruri despre aparatul lor vizual — ochiul, acest instrument deosebit de perfecționat care ne permite să cunoaștem realitățile lumii în care trăim și din care facem parte.

Funcția vederii este o funcție complexă, realizată de așa-numitul analizor vizual, alcătuit din retină (unul din straturile globului ocular), căile de conducere și scoarța creierului.

Ca să înțelegem aceste noțiuni este necesar să cunoaștem cîteva date de anatomie.

Ochiul — organul de recepție al analizorului vizual — are o formă globulară, sferică, fără să fie însă complet regulată și este situat în orbită, cavitate osoasă mai mare decît globul ocular. Înapoia globului ocular se află un spațiu umplut cu grăsime, prin care trec vasele de sînge care hrănesc ochiul, nervii și mușchii ochiului. Acești

BIBLIOTECA CENTRALĂ
SIBIU

mușchi asigură mișcările globului ocular în toate direcțiile.

Putînd fi asemănat cu camera unui aparat de fotografiat, ochiul are un perete format din 3 straturi și un conținut, în interiorul globului, lichid și transparent.

Din cele 3 pături, cea externă are rol de apărare, formînd un înveliș protector globului ocular și are o culoare albă-sidefie, cu excepția porțiunii din partea anterioară a globului, unde, fiind transparentă, permite pătrunderea razelor luminoase în interiorul globului, ca printr-o fereastră. Această pătură se numește sclerotică, iar partea transparentă cornee.

Pătura mijlocie numită uvee, este de culoare închisă și intens vascularizată. Ea are rolul pe de o parte de a hrăni globul ocular, iar pe de altă parte, prin numeroasele celule pigmentare pe care le conține, de a asigura obscuritatea globului ocular. În partea anterioară există o fereastră, pupila, orificiu înconjurat de un mușchi, irisul, colorat diferit la diverși oameni, acest aparat fiind asemănător cu fanta aparatului de fotografiat. Înapoia acestui orificiu se află o lentilă vie, cristalinul, lentilă biconvexă refringentă, care permite acomodarea pentru vederea la diferite distanțe, prin simpla modificare a curburilor acestei lentile.

Pătura internă, retina, este o membrană foarte subțire, care reprezintă de fapt continuarea nervului optic. Este o foiță care conține celulele vizuale, la nivelul cărora are loc transformarea energiei luminoase într-un proces nervos, excitația luminoasă, reprezentînd prima treaptă în realizarea funcției vizuale.

Celulele senzitive din retină sînt celule adaptate la perceperea energiei luminoase, celule fotosensibile, sensibile la stimuli specifici, reprezentați de energia electromagnetică cuprinsă între 400 și 700 mμ lungime de undă și cuprinzînd oscilațiile de la 750 000 la 400 000 miliarde pe secundă, adică vibrații de „lumină".

Sub acțiunea stimulului luminos se produc o serie de modificări obiective la nivelul retinei (modificări anatomice, fiziologice, electromotorii și chimice), care au ca rezultat producerea excitației vizuale (fenómen fizic).

Această excitație vizuală se propagă prin intermediul nervului optic la scoarța cerebrală din regiunea occipitală, unde se transformă în senzație vizuală sau senzație de vedere (fenomen subiectiv).

Ochiul nostru poate să perceapă intensități foarte mici ale luminii, de exemplu flacăra unor lumînări așezate la 27 km distanță, pentru un ochi adaptat la întuneric. În unele boli, ca de exemplu tulburări de nutriție cu lipsa vitaminei A, scade sensibilitatea la lumină, care se traduce prin aceea că bolnavii nu mai văd cînd se întunecă, boală care se numește *hemeralopie*.

Forma obiectelor este percepută de ochiul nostru grație unor celule speciale din retină, care au formă conică (conuri).

Percepția culorilor este realizată de retină, atît prin celulele conice (sensibile la culorile cromatice, adică toate culorile curcubeului), cît și prin alte celule din retină în formă de bastonașe (sensibile la culorile acromatice, adică culorile alb, cenușiu și negru). Vederea colorată poate fi tulburată la unele persoane, dintre care menționăm pe daltoniști, adică persoane care nu recunosc roșul și verdele și care au această anomalie moștenită și cu caracter ereditar (se transmite la urmași).

Vederea este deci o funcție complexă, care se realizează plecînd de la organul receptor, globul ocular, și terminînd în scoarța cerebrală, unde se formează legături condiționate între analizorul vizual și ceilalți analizori, toate aceste legături permițînd omului să cunoască realitatea obiectivă.

VIRUSURI NOI descoperite ÎN ULTIMII ANI

În anii de după cel de-al doilea război mondial, în inframicrobiologie exista impresia că marea majoritate a bolilor de origine virotică au fost descoperite, urmînd numai ca studii aprofundate să găsească tratamentele și mijloacele de combatere preventivă. Unele din aceste boli, ca de exemplu turbarea, variola, rujeola erau încă de mult cunoscute și de asemenea pentru unele din ele se găsiseră mijloacele cele mai eficace de combatere, printre care foarte cunoscute erau vaccinul antivariolic, antirabic, vaccinul împotriva febrei galbene.

În tratatele de specialitate din acel timp, deci cu numai 10—12 ani în urmă, numărul inframicrobilor care produceau îmbolnăviri la om nu trecea de cifra 60.

În scopul aprofundării studiilor asupra virusurilor ce erau cunoscute era însă necesar să se utilizeze metode noi de cercetare, deoarece metodele folosite pînă atunci păreau că epuizaseră într-o oarecare măsură posibilitățile de dezvoltare.

Într-adevăr, începînd din anii 1946—1947, au fost introduse metode de inoculare pe animale, nefolosite încă pînă atunci, ca de exemplu șoarecele nou-născut, șobolanul de bumbac sau hamsterul auriu. Au fost reluate sub o formă mai perfecționată culturile de țesuturi, ca suporți de cultivare a virusurilor. De asemenea, datorită dezvoltării științelor tehnice, s-a început utilizarea pe scară mai largă de aparatură bazată pe principii de fizică, ca de exemplu microscopul electronic, spectrofotometrul, electroforeza și altele.

Printre rezultatele remarcabile obținute prin folosirea metodelor noi, un loc de frunte îl ocupă vaccinul antipoliomielitic.

Nu mică a fost însă surpriza cercetătorilor care au folosit aceste metode cînd au constatat existența unor inframicrobi noi, necunoscuți încă. Aceștia au fost izolați dintr-o serie de boli infecțioase, considerate pînă atunci a fi produse exclusiv de virusuri cunoscute.

Multe îmbolnăviri manifestate prin febră, dureri musculare, însoțite sau nu de meningite, de paralizii sau de inflamații ale faringelui și care seamănă deseori cu evoluția paraliziei infantile pot fi produse de virusuri ce nu fuseseră încă cunoscute și care se deosebesc de cele poliomielitice prin faptul că puteau fi izolate prin inoculări ale șoarecelui nou-născut. S-a descris astfel o grupă nouă de virusuri ce cuprind azi 30 de inframicrobi deosebiți unul de altul și care a primit denumirea de virusuri Coxsackie. Fiecare virus din acest grup poate să provoace o boală manifestată prin numai unul sau mai multe din simptomele arătate mai sus. Aceste virusuri nu au fost descoperite toate dintr-o dată, ci în decursul ultimilor 10 ani. Ele au fost izolate de obicei din fecalele bolnavilor, așa cum se izolează și virusurile poliomielitice.

În decursul cercetărilor foarte intense făcute cu scopul de a deosebi ce forme clinice sînt datorite virusurilor poliomielitice și ce forme sînt produse de virusurile Coxsackie, apare deodată o nouă grupă de virusuri, foarte interesantă, de asemenea necunoscută pînă atunci. Și aceste virusuri au fost izolate din fecalele unor indivizi care prezentau forme de îmbolnăvire asemănătoare cu cele produse de virusurile poliomielitice și Coxsackie. Spre deosebire însă de aceste două grupe de virusuri, acești inframicrobi noi izolați puteau fi puși în evidență numai în culturi de țesuturi. Unele din ele au fost izolate chiar și din fecalele unor indivizi sănătoși și, pentru că părea să avem de-a face cu virusuri cărora nu li

se poate atribui vreo manifestare de boală, au fost denumite virusuri orfane (de boală). De aici s-a generalizat la întregul grup denumirea de virusuri ECHO, inițiale ce reprezintă prescurtarea caracterului lor de virusuri umane orfane, izolate din tractul digestiv.

În grupul ECHO se cunosc astăzi 28 de tipuri de virusuri distincte, unele putînd produce meningite, altele paralizii ușoare sau boli însoțite de erupții cutanate sau ușoare îmbolnăviri asemănătoare gripei.

Astăzi, virusurile poliomielitice, Coxsackie și ECHO au fost adunate într-o singură grupă mare denumită enterovirusuri, adică virusuri ce se găsesc în tractul digestiv al individului.

În ultimul timp s-a constatat că un tip de virus ECHO, și anume tipul 10, are proprietăți diferite de celelalte tipuri și că împreună cu încă 3 virusuri noi formează un grup separat, denumit azi reovirusuri. Această grupă, deocamdată mică, de virusuri izolate de asemenea din fecalele bolnavilor, produc îmbolnăviri cu manifestări localizate în căile respiratorii.

Între bolile epidemice cu mare răspîndire, ce afectează căile respiratorii, gripa era de mult cunoscută. Tot cercetările din ultimii 7 ani, efectuate de asemenea pe culturi de țesuturi, au dovedit că nu toate îmbolnăvirile căilor respiratorii sînt datorite gripei, ci unor virusuri noi, care de asemenea nu fuseseră încă cunoscute. Descoperite pe rînd, se cunosc azi 23 de tipuri diferite de virusuri din acest grup, denumite adenovirusuri. Ele pot produce îmbolnăviri acute ale căilor respiratorii sub formă sporadică sau epidemică și atunci pot fi confundate cu gripa sau pot produce febre faringo-conjunctivale sau faringite. Afectează de asemenea și ochiul, producînd conjunctivite sau kerato-conjunctivite și de asemenea pot produce pneumonii interstițiale virotice. În cadrul cercetărilor făcute cu scopul de a diferenția îmbolnăvirile produse de gripă de cele produse de adenovirusuri s-a în-

Însămînțarea virusurilor pentru culturi pe ouă.

Virus gripal tip A, tulpina P (mărire × 31 500 la microscopul electronic).

Virus gripal tip A_2 (mărire × 22 750 la microscopul electronic).

tîmplat, ca și în cercetările din poliomielită și din Coxsackie, să se descopere alte virusuri încă necunoscute care produc, de asemenea, îmbolnăviri ale căilor respiratorii. Așa sînt virusurile denumite HA_1 și HA_2 (hemadsorbant), CA (crup asociat), Sendai, virus U, virus JH, virus Coe, virus 2 060 și altele. Unele din acestea sînt ceva mai bine studiate, altele încă foarte puțin cunoscute.

Au mai fost descoperite virusuri noi în grupul agenților virotici transmiși prin artropode (căpușe, țînțar, flebotom). Majoritatea lor produc neoinfecții ca encefalite, encefalomielite, în special în regiunile tropicale ale globului, dar au fost izolate și unele virusuri neurotrope, transmise prin artropode în țările Europei centrale.

Ajunși la sfîrșitul acestei treceri în revistă, extrem de sumară și rapidă, a virusurilor nou descoperite, constatăm că în numai 10 ani, datorită utilizării unor tehnici perfecționate, s-au descoperit de aproape 3 ori mai mulți inframicrobi decît fuseseră cunoscuți și studiați în ultimii 40 de ani, iar numărul lor pare să crească necontenit. Este oare vorba de virusuri și de boli noi? Totul ne face să credem că este vorba de virusuri și boli ce au existat înainte și numai datorită perfecționării mijloacelor de cercetare sîntem azi în stare să observăm ceea ce scăpa din vedere predecesorilor noștri.

Face impresia la prima vedere că mulțimea de date nou descoperite ar putea complica strădaniile de combatere a bolilor infecțioase virotice, dar acest punct de vedere ar fi greșit, deoarece o dată cu acumularea de date noi, se perfecționează și mijloacele de cercetare, astfel încît dezvoltarea științei va permite să se ajungă cu mult mai repede la scopul său final, profilaxia bolilor epidemice inframicrobiene.

Primul ajutor dat ÎNECAȚILOR

Înecul este o formă de moarte prin asfixie. Din cauza apei care pătrunde în căile respiratorii și apoi în plămîni (alveole) nu se mai poate face oxigenarea sîngelui la nivelul alveolelor pulmonare.

Un înecat, scos recent din apă, are un aspect oarecum caracteristic: fața tumefiată, de culoare albastră-violie, cu pleoapele și buzele umflate. Temperatura corpului este uneori foarte scăzută.

În primul rînd, în cazul în care putem acorda un ajutor imediat înecatului, trebuie să ținem seama de doi factori:

1. Asigurarea unei bune funcționări a aparatului respirator, prin golirea apei din căile respiratorii superioare.

2. Asigurarea unei bune ventilații pulmonare, în vederea oxigenării optime a sîngelui.

Înecatul, o dată scos din apă, va fi transportat la umbră, într-un loc ferit, interzicîndu-se adunarea altor persoane în jur, în afara celor strict necesare primului ajutor. Este bine ca imediat să fie trimise 1—2 persoane spre a anunța salvarea celui mai apropiat centru medical.

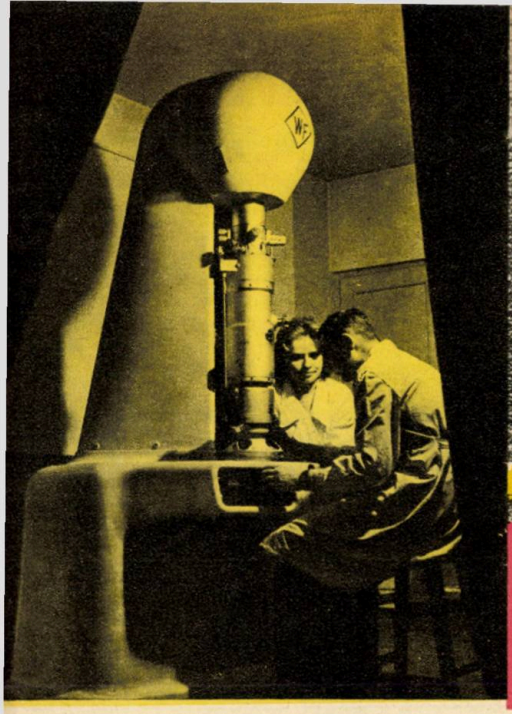
Imediat vom trece apoi la golirea apei din căile respiratorii și stomac prin culcarea înecatului cu abdomenul pe genunchiul nostru, capul și mîinile atîrnînd în jos. Vom executa cîteva apăsări pe genunchi pînă vom observa că scurgerea de apă din gură încetează.

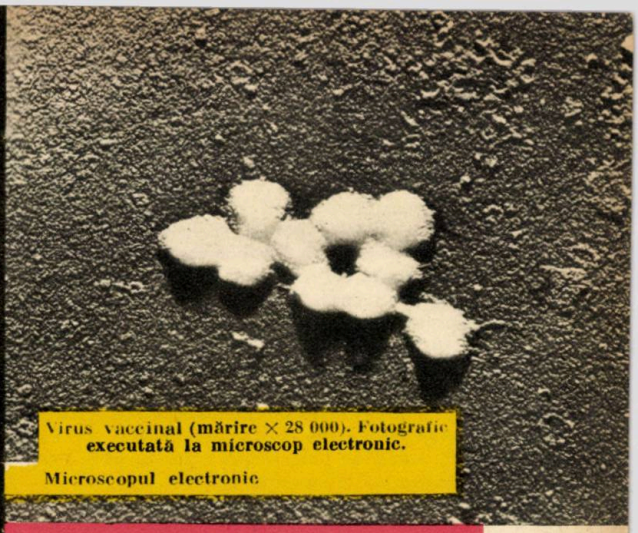
Apoi trecem la respirația artificială. Aceasta se poate executa prin:

1. Culcarea bolnavului pe spate, ridicîndu-i și coborîndu-i brațele deasupra capului și apoi încrucișate pe piept, în ritm de 16—20/ min.

2. Culcarea bolnavului cu fața în sus, comprimîndu-i apoi ritmic (16—20/min.), cu ambele mîini, baza toracelui.

În primul caz, cel ce execută respirația artificială se va așeza în genunchi la capul bolnavului, iar în al doilea caz, va sta în genunchi, cuprinzînd cu aceștia bolnavul, în dreptul abdomenului. Este necesar ca să existe 2—3 persoane care să execute pe rînd respirația artificială, deoarece una singură obosește, manevra durînd 1—3 ore. Respirația artificială trebuie făcută cu răbdare, ritmic și continuată încă 15—30 de minute după ce bolnavul și-a reluat mișcările respiratorii. În tot acest timp, un ajutor va trage ritmic de limba înecatului, cu o batistă, de 16—18 ori/min., după ce în prealabil i-a deschis gura și i-a pus între dinți (măsele) o batistă în formă de căluș, pentru a-l împiedica să închidă gura. După ce bolnavul își revine, îi vom asigura transportul la cel mai apropiat spital. Pînă atunci însă nu trebuie să uităm că primul ajutor este cel mai important. Făcut cu conștiinciozitate și răbdare, poate salva cazuri ce par pierdute.





Virus vaccinal (mărire × 28 000). Fotografie executată la microscop electronic.

Microscopul electronic

MICROSCOPUL ELECTRONIC

Microscopul electronic este unul din aparatele moderne create din necesitatea de a observa elementele componente ale diverselor obiecte de studiu invizibile sau greu vizibile cu celelalte mijloace optice. Două elemente sînt importante pentru aceasta. Puterea de separare şi puterea de mărire. Microscoapele moderne pot astăzi să mărească de la 5 000—160 000 de ori, mărire directă, cu posibilitatea să se ajungă după clişee pînă la o mărire finală de 1 200 000 — 2 500 000 de ori. Cealaltă calitate — puterea de separare — este proprietatea sistemului optic de a obţine imaginea clară a două puncte apropiate, adică distanţa minimă pînă la care se pot vedea două puncte separate unul de altul. Microscoapele moderne au o putere de separare de 8—6 Ångströmi (1 Å este a milioana parte dintr-un milimetru).

Puterea de separare este invers proporţională cu lungimea de undă a luminii folosite de microscop. Deoarece lungimea de undă a luminii obişnuite este foarte mare, savanţii au înlocuit-o cu un fascicul de electroni. Acest fascicul este obţinut prin încălzirea la incandescenţă a unui fir de wolfram. Firul de wolfram încălzit de un curent de tensiune joasă formează catodul, care emite electroni.

Un cilindru metalic (wenhelt), căruia i se aplică un curent de înaltă tensiune (50—100 kilovolţi), accelerează electronii, formînd fasciculul luminos. Emiterea se face într-o coloană închisă, în care se face vid cu ajutorul unui sistem de pompe.

Fasciculul de electroni poate fi deviat de un cîmp magnetic sau electromagnetic. Deviind fasciculul de electroni cu ajutorul unor astfel de cîmpuri, putem obţine efecte asemănătoare cu cele obţinute cu fasciculul de lumină în microscopul optic cu ajutorul lentilelor. Prin asemănare, cîmpurile magnetice sau electromagnetice folosite în microscopul electronic au fost denumite lentile electronice.

În microscopul electronic imaginea se obţine pe un ecran fluorescent. Ea rezultă din diferenţa de densitate dintre preparat şi suportul său [o membrană de colodiu foarte subţire — 5—20 milimicroni — (1 milimicron = a milioana parte dintr-un milimetru)] cînd obiectul este transparent sau din diferenţele de consistenţă a componentelor elementului de examinat (a preparatului).

Deoarece electronii au putere mică de pătrundere prin preparat, obiectele de examinat trebuie să fie foarte subţiri (grosimea lor este între 50 şi 1 000 Å).

Preparatele se examinează numai în vid şi deci vor fi toate în stare uscată.

Se pot examina, fie elemente izolate (de exemplu: pulberi, macromolecule, elemente celulare), fie secţiuni din obiecte (metale, fibrile musculare, ţesuturi).

Pentru examenul elementelor izolate se obţin suspensii în diferite lichide, din care se pune o picătură pe membrana de colodiu aşezată pe grile (suport de sită metalică). Se usucă preparatul şi apoi se pot examina elementele, fie direct, fie după

acoperirea cu un strat atomic de metal greu (aur, platină, paladiu, nichel etc.), proces denumit metalizare, în scopul măririi contrastului imaginii.

Studiul secțiunilor din diverse obiecte a făcut progrese în ultimii ani, în urma perfecționării tehnicilor de fixare, incluzionare și tăierea fragmentelor de diferite obiecte și în special a preparatelor biologice.

Obținerea unor soluții fixatoare care să păstreze cît mai aproape de adevărata constituție diferitele țesuturi a constituit un important pas înainte în studiul diverselor structuri fine celulare. Deosebit de însemnate sînt și progresele obținute prin incluzionarea fragmentelor de țesut în diferite mase plastice: metacrilați de butil și metil, araldită etc. Descoperirea microtoamelor cu înaintare termică și perfecționarea lor, precum și alte progrese tehnice ale microtomiei pentru obținerea de secțiuni ultrafine au îmbogățit posibilitățile de lucru.

Dezvoltarea capitolului privitor la așa-zișii coloranți electronici (adaosul unui metal greu care se fixează electiv pe anumite formațiuni și mărește astfel contrastul lor) deschide perspective noi în obținerea unei imagini cît mai adevărate a structurii interne a diverselor formațiuni.

Natural că microscopia electronică a acumulat o serie de date care încep să facă tot mai mult lumină în multe probleme de morfologie fină, evidențiind diversitatea materiei în continuă mișcare și transformare.

Astfel, în studiul virusurilor s-au obținut, încă de pe acum, numeroase date care aduc contribuții la aspectul morfologic al acestor mici, dar și cei mai periculoși dușmani ai plantelor, animalelor și omului. Cu microscopul electronic s-au pus în evidență forme alungite, ovalare, sferice etc., care arată diversitatea acestora.

În ultimii ani, cu ajutorul coloranților electronici s-a putut studia substructura acestor elemente, arătîndu-se că ele au mai multe componente morfologice.

Tot cu ajutorul microscopului electronic s-au efectuat numeroase lucrări care au arătat existența formelor cristaline regulate la diverse virusuri.

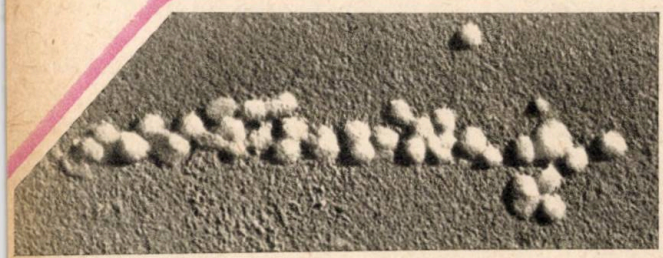
S-au făcut de asemenea studii și asupra bacteriilor. Ca și în cazul virusurilor, cercetările au arătat neomogenitatea corpilor bacterieni, deosebind o membrană cu prelungiri la unele, cili sau flageli, precum și diverse componente din corpul bacteriei.

Nu mai puțin interesante pentru specialiști sînt datele examenului fibrelor de colagen în stare normală și în diverse stări patologice. Fibra musculară permite și ea, prin dimensiunile ei, să fie studiată și izolată. Astfel, s-au diferențiat foarte bine diversele componente ale fibrei musculare și modificările patologice importante pe care le suferă în diverse boli care afectează musculatura.

Studiul celulei a început prin cercetarea diverselor celule izolate (globulele roșii de găină sau elementele celulare din culturile de țesuturi). Ulterior, s-a putut trece la studiul pe secțiuni ultrasubțiri al diverselor componente. S-a putut astfel arăta că membrana celulară are o dedublare care se ramifică în citoplasmă, formînd așa-numitul reticul endoplasmatic.

Studiul structurii tridimensionale a mitocondriilor, precum și modificările de condensare sau vacuolizare a lor în cursul proceselor patologice aduc o serie de date în legătură cu rolul lor în fiziologia celulei. Aparatul Golgi este și el unul din elementele celulare căruia microscopul electronic i-a evidențiat foarte clar structura microveziculară și lamelară. Numeroase date ale histologiei electrono-optice aduc, de asemenea, contribuția lor la cunoașterea aspectului normal al diverselor celule. Aceasta este foarte important căci în patologia diverselor boli virotice multe formațiuni trebuie judicios diferențiate pentru a nu da loc la erori. În ultrastructura diverselor virusuri pe secțiuni ultrasubțiri s-au putut evidenția componentele virusurilor și s-au pus în evidență formațiuni asemănătoare și într-o serie întreagă de tumori. În acest sens microscopia electronică vine să-și aducă și ea contribuția la edificarea relațiilor dintre virus și celulă, dintre virus și celula tumorală.

Prin ajutorul pe care viitorul îl va aduce cu tehnici noi de fixare, incluzionare, tăiere și „colorare", cît și prin coroborarea datelor de microscopie electronică cu alte date, se vor obține noi verigi în cunoașterea materiei vii.



Virus gripal (mărime × 29 100). Fotografie executată la microscopul electronic

IBN-SINA (AVICENNA)

Către anul 980 s-a născut în satul Afşana, de lîngă Buhara, înfloritor centru economic, politic şi cultural din Asia Centrală, strălucitul filozof, medic, naturalist, astronom, fizician, matematician şi poet Abu Ali al-Hussein Ibn Abdallah Ibn al-Hasan Ibn Ali Sina pe care Europa Occidentală îl va cunoaşte sub numele latinizat de Avicenna. Ibn-Sina era de origine tadjică. Tatăl său făcea parte din mica funcţionărime vamală şi, deşi lipsit de stare, s-a străduit să asigure fiului său o educaţie şi o instrucţie cît mai temeinică.

Ibn-Sina a studiat la Buhara şi a început aci activitatea sa medicală. Curînd însă statul samanid, care îşi avea capitala la Buhara, a fost desfiinţat şi, pentru a scăpa de persecuţiile clerului musulman, care nu-i putea ierta manifestările de libertate de gîndire, Ibn-Sina se refugiază, în anul 1002, în statul vecin al Horezmului, care la acea epocă se găsea la apogeul său. Tînărul savant devine una din gloriile „academiei" şahului Mamun. Alte evenimente potrivnice îl obligă pe Ibn-Sina să părăsească şi Horezmul. El pleacă în Iran, unde ocupă în diferite oraşe funcţii de medic de curte şi demnitar. Preoţimea îl urmăreşte însă şi aci, declarîndu-l eretic. Ilustrul medic, fondator de spitale şi autorul unor tratate devenite celebre încă din timpul vieţii sale, a murit la Hamadan, în 1037.

După 1020, Ibn-Sina a început redactarea în limba arabă a monumentalei sale opere „Canonul medicinei", o adevărată enciclopedie medicală, concentrînd noţiunile de anatomie, fiziologie, diagnostic şi tratament al bolilor interne, dietetică, chirurgie, farmacologie şi igienă cunoscute la acea epocă. Trebuie menţionat că Ibn-Sina nu s-a mulţumit să reproducă informaţii culese din scrierile savanţilor care îl precedaseră, ci a adus o bogată contribuţie originală la progresul medicinei, semnalînd nenumărate mijloace medicamentoase noi, mai ales plante şi substanţe minerale.

„Canonul medicinei" a fost întîmpinat cu cel mai mare interes, nu numai în lumea Orientului, dar şi în Europa, unde a fost tradus în latineşte încă din secolul al XII-lea, fiind folosit ca manual în toate şcolile medicale. O dată cu inventarea tiparului, „Canonul" a devenit una din cărţile ştiinţifice cele mai răspîndite, fiind reeditat de 30 de ori.

Lui Ibn-Sina îi aparţin cîteva intuiţii de-a dreptul geniale. El a afirmat că bolile contagioase se datoresc acţiunii unor vietăţi invizibile cu ochiul liber, teorie care şi-a găsit confirmarea o dată cu fundamentarea bacteriologiei. Deşi în scrierile sale răzbat uneori şi elemente mistice, Ibn-Sina a fost, în genere, un adversar hotărît al superstiţiilor şi al prejudecăţilor cultivate de clerul musulman. El a combătut de asemenea teoriile astrologice, care pretindeau că sănătatea omului este dependentă de mişcările corpurilor cereşti. În unele din lucrările sale se fac referinţe la experienţe elementare de fiziologie, lucru cu totul neobişnuit la vremea aceea.

Meritul istoric al lui Ibn-Sina este de a fi realizat, prin opera sa medicală, o punte de legătură între ştiinţa antichităţii şi a lumii orientale, pe de o parte, şi ştiinţa Renaşterii, pe de altă parte. Acest „prinţ al medicilor", cum l-au denumit urmaşii plini de admiraţie pentru bogăţia şi profunzimea cunoştinţelor sale, a făcut ca o undă rodnică de gîndire materialistă să se reverse peste medicina evului mediu, încătuşată de dogmele religioase. Savantul tadjic a fost un înaintaş în lupta pentru eliberarea ştiinţei de sub tirania clericală şi pentru instaurarea libertăţii de gîndire.

TRANSPIRAȚIA

Pielea omului adult este presărată pe toată suprafața ei cu glande sudoripare (în total circa 4 000 000). Aceste glande secretă sudoarea, care în mod obișnuit este incoloră sau slab gălbuie, sărată, cu miros caracteristic, conținînd circa 0,90% substanțe organice. În 24 de ore omul elimină, în medie, prin transpirație, circa 200 —700 cm³ lichid. Transpirația îndeplinește rolul de reglator al temperaturii corpului. Astfel, în cazuri de febră mare, cînd secreția de sudoare se micșorează simțitor, se poate realiza o scădere aproape imediată de temperatură prin provocarea unei transpirații abundente cu ajutorul diferitelor medicamente. Căldura, vîntul, eforturile musculare, afecțiunile pulmonare, stomacale, excitațiile psihice, absorbția de lichide diuretice, măresc secreția glandelor sudoripare. În aceste cazuri, viteza lor de secreție întrece viteza de evaporare a transpirației în aer.

În cele ce urmează ne vom ocupa în mod special de transpirația anormală a subsuorilor, a mîinilor și a picioarelor — denumită și hiperhidroză. La ieșirea din pori transpirația este puțin mirositoare dar, cu timpul, mirosul devine neplăcut, putîndu-se intensifica în urma descompunerii chimice a substanțelor organice pe care le conține, constituind o adevărată infirmitate denumită „bromhidroză“ (de la cuvîntul grec *bromos* — rău mirositor și *hidros* — sudoare). Mirosul neplăcut se datorește descompunerii amoniacale a transpirației de către microbul *bacterium foetidum*, care își găsește un bun mediu de cultură în transpirația picioarelor (mediu alcalin). Din cele mai vechi timpuri a existat o preocupare permanentă pentru găsirea unor substanțe dezodorante care să înlăture mirosul neplăcut al transpirației și a unor produse antisudoripare care să atenueze transpirația pe porțiunile unde sînt aplicate.

În afară de aceste două obiective, s-a urmărit de asemenea să se găsească cele mai eficace mijloace care să împiedice acțiunea vătămătoare a sudorii prin folosirea produselor care o absorb, dezinfectarea locurilor respective cu substanțe antiseptice și neutralizarea ei cu substanțe alcaline cînd este acidă sau cu substanțe acide cînd este alcalină (cum este cazul transpirației anormale a picioarelor). Substanțele dezodorante și antisudoripare cel mai mult folosite, pornind de la cele mai puternice, pot fi clasificate astfel: formol — soluție 40%, clorură de aluminiu, tanin, clorură de zinc, alaun, permanganat de potasiu, acid salicilic etc. În combaterea transpirației subsuorilor se va urmări în special înlăturarea mirosului neplăcut. În acest scop cea mai indicată este soluția de clorură de aluminiu 15%, proporție care nu trebuie depășită, deoarece produce iritații și mîncărimi. Nu se vor folosi substanțe caustice, ca de exemplu clorura de zinc, sau vătămătoare, ca acetatul de plumb. Îngrijirea subsuorilor se va face prin spălarea lor zilnică cu apă și săpun, după care se va clăti cu apă cu oțet. Soluția de clorură de aluminiu (în comerț se găsește produsul „odorono“) se aplică de două-trei ori pe săptămînă cu ajutorul unui tampon de vată, se lasă să se usuce, apoi se pudrează cu un amestec din acid salicilic 0,50 g, acid boric 10 g, oxid de zinc 20 g, caolin 10 g, talc 20 g. Aplicarea produselor antisudoripare nu trebuie făcută imediat după ras sau epilare, deoarece se pot

forma eriteme sau chiar coşuri, ci abia după 12—15 ore. Dimpotrivă, ne putem rade sub braţ după ce am aplicat, cu două ore înainte, produsul respectiv.

În combaterea transpiraţiei mîinilor, care nu este, în general, mirositoare, însă constituie un mare neajuns, sînt recomandate soluţiile de formol 15%. De asemenea se pot aplica de două-trei ori pe zi unele pudre, ca de exemplu: licopodiu, tanin, oxid de zinc cîte 10 g, talc 20 g.

În combaterea transpiraţiei picioarelor este recomandabilă spălarea lor cu apă rece şi săpun de cel puţin două ori pe zi, după care este indicată o baie acidă (cu oţet, acid boric, acid citric etc.), pentru a împiedica dezvoltarea microbilor care produc mirosul neplăcut. După uscare se aplică pe picioare cu ajutorul unui tampon de vată o soluţie conţinînd: formol 10 g, mentol 1 g, alcool de 70° — 90g. În locul formolului putem folosi soluţii sau paste cu hexametilentetramină (20%), care se aplică imediat după băile acide, deoarece hexametilentetramina, în contact cu acizii, este descompusă, punînd în libertate formolul. După băile acide sau pensulaţiile respective este neapărat necesar să se pudreze picioarele cu o pudră sicativă, absorbantă, astringentă şi dezinfectantă, ca de exemplu: acid salicilic 3 g, acid boric 10 g, acid tartric 5 g, oxid de zinc 30 g, talc 50 g. În cazul transpiraţiei excesive a picioarelor, o condiţie esenţială este şi schimbarea zilnică a ciorapilor şi pudrarea tălpilor cu aceeaşi pudră. În cazurile în care pielea picioarelor prezintă crăpături (ragade) sau răni între degete, se pot folosi creme pe bază de stearaţi sau creme grase în care am încorporat cel mult 2% formol sau o soluţie din tanin 8 g, acid salicilic 2 g, alcool de 70° — 90 g.

gluconat de calciu

2

Gluconatul de calciu cu vitamina D_2 granule se recomandă în toate stările care necesită un aport mărit de calciu: perioadă de creştere, sarcină, alăptare, prevenirea rahitismului, tuberculoză. Cunsultaţi medicul dvs. de circumscripţie pentru a vă prescrie tratamentul şi dozele.

ANESTEZIA MODERNĂ

„Durerea omoară ca și hemoragia"
DUPUYTREN

Pentru desfășurarea în bune condiții a unei operații chirurgicale este nevoie de o deplină „liniște" în timpul operației. Această „liniște" nu se poate obține decît printr-o anestezie bună, anestezie care să ofere chiurugului condițiile necesare operației, iar bolnavului securitatea vieții lui.

Progresele făcute de chirurgie, care a atacat noi și îndrăznețe domenii (operații pe plămîn, pe inima deschisă, operații la nou-născuți sau, din contra, la bătrîni, operații cu durată pînă la 7—10 ore), nu au fost posibile înainte, lipsind o anestezie care să confere, garanții chirurgului și bolnavului.

Făcînd o scurtă trecere în revistă a evoluției anesteziei, vedem că ea este foarte veche dar progresele cele mai mari s-au făcut în ultimii 20 de ani și mai ales în jumătatea a doua a acestora.

Dacă ne gîndim la modul cum se făcea o anestezie acum o sută și ceva de ani, cînd se dădeau bolnavului să bea diferite infuzii care aveau la bază opiu (mac), iar ca efect se obținea doar amețirea lui, bolnavul fiind treaz și participînd tot timpul la actul operator (de cele mai multe ori trebuind să fie legat) și ajungînd în ziua de astăzi, cînd bolnavul este adormit în salon, printr-o simplă injecție, și apoi se trezește în pat, neștiind nimic din ce s-a petrecut cu el în tot timpul somnului, vedem ce pas uriaș s-a făcut și cît de mult a preocupat pe medici suprimarea suferinței psihice și fizice a bolnavului. Este cunoscut astăzi că mersul intra- și postoperator al unui bolnav este în funcție de starea lui psihică; un bolnav fricos, care a fost adus speriat în sala de operație, care a văzut pe chirurgi pătați cu sînge pe halat, care a auzit zgomotul instrumentelor și discuțiile dintre chirurgi, după operație are o evoluție mult mai greoaie; un alt bolnav (cu același tip de sistem nervos) care a fost adormit la pat și care s-a trezit după 1—2 ore de la operație, va avea o evoluție postoperatorie mult mai ușoară.

Principiile care stau la baza anesteziei moderne sînt: indicarea anesteziei celei mai potrivite după tipul de sistem nervos, după vîrstă, după afecțiunea de care suferă, după starea organismului, după durata intervenției.

Anestezia locală (suprimarea durerii numai la locul intervenției), anestezia rahidiană (injectarea substanței anestezice în canalul coloanei vertebrale) pierd din teren în favoarea anesteziei generale, narcoza (adormirea bolnavului). În anestezia generală se întrebuințează o serie de substanțe care, toate la un loc, dau o anestezie perfectă pentru bolnav și chirurg, iar fiecare în parte nu ating dozele toxice, ele completîndu-se una pe alta.

Dintre substanțele întrebuințate în anestezia modernă trebuie amintite: barbituricele (substanțe liniștitoare ale sistemului nervos, care produc somnul); substanțele relaxante (otrăvuri care, în doze mici, produc destinderea mușchilor); agenții volatili (substanțe care, deși sînt sub formă lichidă, se transformă ușor în vapori); agenții gazoși (substanțe care se găsesc sub formă de gaze introduse sub presiune în bombe de oțel) etc.

Cum am arătat mai sus, anestezia modernă întrebuințează asocierea a două sau mai multe din substanțele amintite, fiecare în doze mult mai mici decît ar fi nevoie dacă s-ar administra una singură.

Administrarea anesteziei generale se poate face pe cale intravenoasă (în sînge), pe cale respiratorie, pe cale rectală (prin clisme sau supozitoare), pe cale intraosoasă.

În general se folosește calea intravenoasă asociată cu cea respiratorie, aceste două metode completîndu-se reciproc.

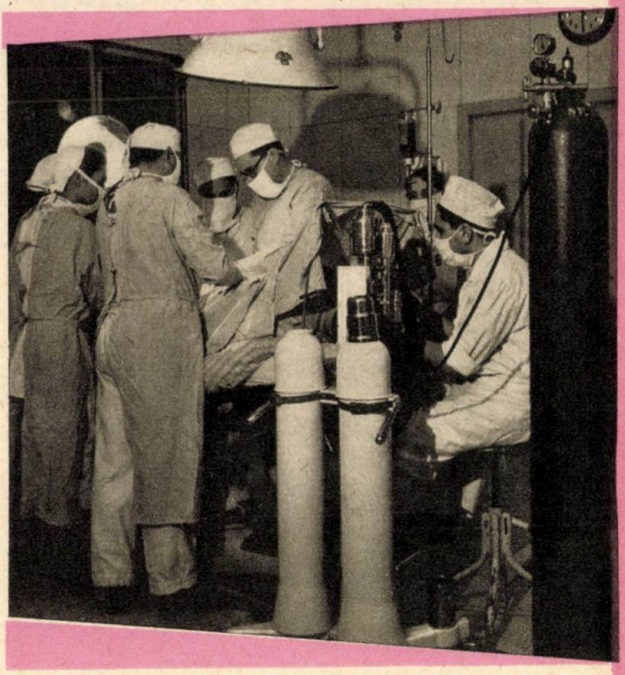
Întrebuințarea în ultimul timp pe scară tot mai întinsă a intubației traheale (introducerea unei sonde de cauciuc prin gură sau nas pînă în trahee) a dat un mare impuls chirurgiei pe torace (inimă, plămîn), chirurgie care pînă acum se dezvoltase puțin. Prin această metodă bolnavul poate primi cantitatea necesară de oxigen, chiar dacă el nu respiră singur, aparatele moderne (manuale sau electrice) putînd face acest lucru ca și în condiții normale.

Ca metode ajutătoare în anestezia modernă trebuie să amintim „hipotermia controlată". Prin această metodă se scade temperatura corpului omenesc (prin medicamente + frig), de la 37° cît este normal pînă la 30—26° și chiar 24°. La aceste temperaturi scăzute, organismul consumă o cantitate redusă de O_2 și de substanțe energetice, ceea ce permite, efectuarea unor operații la bolnavii șocați, slăbiți, vechi suferinzi sau în cazul operațiilor lungi și laborioase.

Tot ca o metodă ajutătoare în anestezie este și „hipotensiunea controlată", care constă în scăderea cu ajutorul unor medicamente a tensiunii arteriale. Această metodă are drept scop evitarea pierderilor mari de sînge din timpul operațiilor laborioase pe de o parte, iar pe de altă parte să ofere chirurgului o plagă operatorie „curată", în care sîngele să nu-i stînjenească munca.

Pe lîngă faptul că oferă condiții optime pentru operație, atît chirurgului, cît și bolnavului, anestezia modernă mai are scopul de a menține organismul operatului în condiții bune și din punctul de vedere al pierderilor pe care le suferă în timpul actului chirurgical. Astfel, în timpul operației se determină cantitatea de sînge, apă și săruri pe care le pierde bolnavul, cantitate care poate fi apreciată exact și înlocuită ml cu ml.

În timpul operației, starea generală a bolnavului este urmărită cu ajutorul unor aparate care înregistrează automat tensiunea arterială, pulsul, funcția inimii, gradul de profunzime al anesteziei etc., cifre care sînt înscrise pe o fișă de anestezie și care pot fi cunoscute de chirurg în orice moment al actului chirurgical. Dacă înainte vreme rolul anestezistului se rezuma doar la „adormirea bolnavului", astăzi el trebuie să cunoască bolnavul înainte de operație și să-l urmărească în zilele următoare operației, pînă la completa lui vindecare.



În progresele realizate de anestezie se oglindesc astăzi rezultatele muncii în colaborare a medicilor chirurgi, fiziologi, de laborator, chimiști și tehnicieni, muncă îndreptată spre oferirea celor mai bune condiții de vindecare a bolnavilor.

BOLILE INFRAMICROBIENE
transmisibile de la animale la om

Inframicrobii sau „virusurile filtrabile" fac parte din lumea microorganismelor cunoscute sub numele generic de microbi. În cadrul acestor microorganisme virusurile filtrabile reprezintă ființele cele mai mici, fiind plasate la limita de trecere dintre materia moartă și materia vie. Datorită micimii lor extreme (nu pot fi văzuți decît cu microscopul electronic) și altor caractere care le deosebesc fundamental de celelalte microorganisme denumite microbi, acad. Ștefan S. Nicolau le-a dat numele de „inframicrobi".

Din imensa lume a inframicrobilor, numai o parte sînt patogeni pentru ființele viețuitoare (insecte, mamifere, păsări, om și plante).

Deoarece virusurile filtrabile (inframicrobii) nu pot trăi decît în organismul unei ființe vii, ele parazitează în mod continuu diferitele specii de plante, animale și omul.

Patogenitatea sau capacitatea de a produce boala este consecința adaptării și specializării diferitelor specii de inframicrobi de a parazita organismul unor specii animale sau plante, de a trăi și a se înmulți numai în el, pe socoteala și în defavoarea lui, producîndu-i tulburări fiziologice cîteodată incompatibile cu viața.

Dintre microbii patogeni pentru animale și om, locul cel mai important îl ocupă virusurile filtrabile sau inframicrobii, deoarece produc cele mai numeroase boli epidemice sau epizootice.

Este mai mult ca sigur că bolile infecțioase inframicrobiene specifice omului își trag originea din bolile infecțioase ale animalelor, care au apărut cu mult timp înainte de evoluția omului, inframicrobii animalelor adaptîndu-se treptat pentru specia umană. Acest proces este în continuă evoluție, astfel că și în prezent, în afară de faptul că numeroase boli inframicrobiene sînt comune omului și animalelor, se înregistrează mereu boli noi care se transmit de la animale la om și au tendința de a se transforma în boli specifice omului.

În general, toate bolile infecțioase transmisibile de la animale la om poartă numele de „zoonoze" sau „antropozoonoze", ceea ce demonstrează pe de o parte caracterul comun al acestor boli pentru animale și om, cît și transmisibilitatea lor de la animale la om, animalul fiind de regulă rezervorul primar de virus.

Transmiterea bolilor infecțioase inframicrobiene de la animale la om cunoaște mai multe posibilități. Omul se poate infecta prin contactul direct cu animalele bolnave sau purtătoare de virus, sau prin manipularea și consumul produselor de origine animală (lapte, ouă, carne, lînă, piei etc.). În acest caz, cele mai multe îmbolnăviri se înregistrează la persoanele care, prin profesiunea lor, vin în contact direct cu animalele.

O altă categorie de boli infecțioase inframicrobiene sînt transmise de la animalele bolnave sau purtătoare de virus la om prin intermediul insectelor înțepătoare (țînțari, căpușe, păduchi, purici).

De regulă, transmiterea bolilor infecțioase inframicrobiene de la animale la om nu reprezintă decît circuite colaterale în cadrul circuitului general al acestor agenți patogeni în natură. Transmiterile de la om la om sau de la om la animale sînt foarte rare.

Apariția și frecvența cazurilor de boli transmisibile de la animale la om este condiționată, atît de prezența și importanța rezervoarelor naturale de virus din cadrul lumii animale, de contactul oamenilor cu aceste rezervoare, dar mai ales de frecvența agenților transmițători reprezentați în special prin insectele înțepătoare și sugătoare de sînge.

Din cele peste 40 de boli infecțioase inframicrobiene transmise de la animale la om, cunoscute pînă în prezent, numai o parte prezintă importanță mai mare pentru țările europene, avînd caracter epidemic.

Turbarea este cea mai periculoasă dintre bolile transmisibile de la animale la om, deoarece ea se termină totdeauna cu moartea. Rezervorul principal al virusului turbării îl constituie carnasierele domestice (cîinii şi pisicile) şi carnasierele sălbatice (lupii, vulpile, şacalii, hienele, bursucii). Frecvenţa cazurilor de turbare la om şi animale într-o ţară este condiţionată de numărul cîinilor şi pisicilor vagabonde şi de numărul animalelor sălbatice reprezentate prin lupi şi vulpi. Transmiterea bolii se face prin muşcătura animalului turbat, care în perioada de furie poate face numeroase victime.

Lupta contra turbării trebuie să se ducă prin distrugerea cîinilor şi pisicilor vagabonde, prin stîrpirea lupilor şi vulpilor şi prin vaccinarea obligatorie anuală a tuturor cîinilor rămaşi în gospodării.

Encefalitele sezoniere grupează o serie de boli infecţioase produse de inframicrobi care sînt transmise de la animalele sau păsările domestice şi sălbatice la om prin intermediul insectelor (căpuşe, ţînţari etc.). În afară de transmiterea prin insecte, boala nu se transmite de la om la om.

Dintre encefalitele sezoniere, encefalita de primăvară-vară, cunoscută şi sub numele de encefalita de căpuşe, a fost semnalată şi în ţara noastră. Rezervorul de virus îl constituie un animal de pădure înrudit cu veveriţa şi probabil şi alte animale de pădure, de la care se transmite la om şi animalele domestice prin intermediul căpuşelor.

Cele mai frecvente cazuri apar în lunile de primăvară-vară la muncitorii forestieri, păstori, excursionişti etc.

În ţările din Asia şi America s-au descris adevărate epidemii de encefalite produse de virusuri deosebite de virusul encefalitei europene. Astfel, în Japonia encefalita japoneză de tip B, în America encefalita de St. Louis şi encefalitele ecvine (ale cailor) produc numeroase victime.

Combaterea encefalitelor vizează în primul rînd distrugerea rezervoarelor de virus din lumea animală şi a insectelor transmiţătoare.

În a doua grupă a bolilor transmisibile de la animale la om se clasează infecţiile produse de rickettsii şi pararickettsii.

Cea mai importantă boală inframicrobiană pentru ţara noastră dintre rickettsiozele transmisibile de la animale este febra „Q" sau tifosul pulmonar. Rezervorul natural de virus îl constituie diferite specii de animale sălbatice sau domestice (rozătoare, bovine, oi, cîini, pisici etc.), la care boala evoluează de regulă asimptomatic. Transmiterea de la animalul bolnav la om se face prin contactul direct cu animalul bolnav, prin respirarea aerului din adăposturile animalelor bolnave sau prin intermediul căpuşelor.

O altă rickettsioză transmisă de la cîine la om prin intermediul căpuşei de cîine este febra butonoasă sau tifosul endemic de vară. Boala a fost semnalată şi în ţara noastră

Dintre bolile produse de pararickettsii cele mai importante sînt: psittacoza şi ornitoza. Psittacoza se transmite de la papagal la om prin contact direct, producîndu-i o boală destul de gravă, manifestată prin pneumonie acută şi stare tifică.

Ornitoza este o boală infecţioasă a diferitelor specii de păsări sălbatice şi domestice, de la care se transmite pe cale directă sau indirectă la om, producîndu-i o pneumonie infecţioasă. În ţara noastră ornitoza a fost constatată la curci şi raţe, de la care s-a transmis la oamenii care veneau în contact cu păsările bolnave.

În ultimii ani s-a descoperit o nouă serie de boli infecţioase transmise de la mamiferele domestice, produse de inframicrobi înrudiţi cu cei ai psittacozei şi ornitozei, care au fost numite „neorickettsii". Infecţia oamenilor se produce de obicei prin contactul direct cu animalul bolnav, prin consumul de lapte crud sau prin intermediul căpuşelor.

Aspectul clinic al infecţiei cu neorickettsii la om este foarte variat. Bolnavii pot prezenta meningoencefalite, pneumonii, miocardită, hepato-nefrite, erupţii exantematoase, iar femeile însărcinate pot avorta.

Importanţa sanitară a problemei bolilor transmisibile de la animale la om cît şi importanţa zooeconomică a pierderilor provocate de aceste boli în efectivele de animale a determinat conducerea statului nostru să le acorde toată atenţia şi să organizeze acţiuni de prevenire şi combatere.

Julie

L		3	10	17	4
M		4	11	18	25
M		5	12	19	26
J		6	13	20	27
V		7	14	21	28
S	1	8	15	22	29
D	2	9	16	23	30

ACCIDENTELE DE CIRCULAȚIE

Dezvoltarea economică a unei țări are ca urmare, printre altele, și intensificarea circulației pe căile de comunicație. Progresul nu este posibil fără mărirea numărului de căi de comunicație și fără mărirea numărului mijloacelor de transport. Pe de altă parte, ridicarea nivelului de trai al populației se manifestă și prin aceea că se folosesc din ce în ce mai mult mijloace personale de transport.

Țara noastră a cunoscut, de la instaurarea puterii populare, o dezvoltare economică și o ridicare a nivelului de trai care nici nu puteau fi bănuite în regimurile trecute. O dată cu aceasta, așa cum era și firesc, s-a intensificat însă și circulația rutieră.

Organele superioare de planificare a construcției de noi căi de comunicație și de dirijare a circulației au luat din timp toate măsurile pentru ca intensificarea circulației rutiere să se dezvolte în cele mai bune condiții. Datorită acestor măsuri s-a putut preveni astfel, în bună parte, apariția acelui aspect negativ — strîns legat de intensificarea circulației — care este creșterea numărului accidentelor de circulație. Totuși, aceste accidente nu sînt rare și ele ridică probleme dificile legate, atît de terapeutica lor, cît și de prevenirea lor în viitor. Scopul articolului de față este tocmai de a prezenta unele din aceste probleme.

Într-un studiu efectuat cu cîțiva ani în urmă în Clinica de ortopedie și traumatologie a Spitalului „Brîncovenesc", de sub conducerea tov. acad. Alex. Rădulescu, s-a constatat că accidentele de circulație sînt frecvente. Același studiu ne-a arătat că, dintre toate categoriile de accidente, cele mai grave sînt cele de circulație, care dau cel mai mare procentaj de cazuri mortale și de fracturi deschise. Mai mult de 15% din accidentele de circulație se soldează cu fracturi deschise. După vehiculul care a produs accidentul am întîlnit, în ordinea frecvenței: tramvaiul (27,1%), autoturismele (23,8%), motocicletele (23,1%), vehiculele cu tracțiune animală (12,7%), camioanele (7,8%), bicicletele (4,6%), trenul (3,9%). Pe regiuni topografice, leziunile produse de accidentele de circulație au interesat, tot în ordinea frecvenței: antebrațul, gamba, piciorul, clavicula, șoldul, coapsa și apoi celelalte segmente.

Cauzele accidentelor de circulație sînt atît de numeroase, încît s-a încercat clasarea lor pe grupe și așezarea lor într-o ordine oarecare a importanței. Clasificarea aceasta rămîne utilă numai dacă vom considera că fiecare dintre aceste cauze este importantă și poate duce la accidente grave. Specific accidentelor de circulație este tocmai faptul că toate cauzele care le pot provoca pot fi la fel de importante în mecanismul producerii accidentului și deci ele nu se pot împărți în cauze principale și cauze secundare. Aceste cauze pot fi însă legate de diferiții factori de care depinde buna desfășurare a circulației. Vom recu-

noaşte astfel cauze legate de următorii factori:

— factorul om
— vehicul
— căi de comunicaţie
— stare atmosferică
— reguli de circulaţie.

Factorul om este cel mai important. Se poate afirma că securitatea noastră pe căile de comunicaţie este legată de trei elemente principale: atenţia, prudenţa şi buna calitate a reflexelor noastre. În momentul în care unul dintre aceste elemente este tulburat, datorită unei cauze oarecare, sîntem în pericol de a fi accidentaţi sau de a accidenta pe cineva. Alcoolul şi oboseala constituie cauzele principale care intervin asupra factorului om în producerea accidentelor de circulaţie. Urmează, în ordine, starea de distracţie sau eventualele accidente patologice (epilepsie, lipotimii, intoxicaţii etc.), care pot surveni pe neaşteptate. Un număr mare de accidentaţi provin de asemenea din rîndurile „conducătorilor de duminică", care nu au o suficientă rutină în conducerea vehiculelor.

Vehiculul dispune de o serie de caracteristici, care fac ca accidentele produse din cauza lui să îmbrace aspecte cu totul particulare. Astfel, accidentele la biciclişti se întîlnesc de obicei la indivizi între 10 şi 20 de ani şi ele sînt sau foarte uşoare, dacă nu intervine şi un alt vehicul, sau foarte grave, dacă în producerea accidentului intervine şi un vehicul cu motor. Accidentele la motociclişti se întîlnesc la indivizi între 20 şi 30 de ani şi ele sînt de obicei foarte grave. Motociclistul, ca şi biciclistul, este descoperit în faţa oricărui obstacol, iar viteza pe care i-o conferă motorul constituie un element agravant în plus al condiţiilor în care se produc accidentele. Traumatismele suferite de motociclişti sînt, fie traumatisme craniene, deseori mortale, fie fracturi deschise de gambă. Maşina conferă o securitate mai mare pentru conducător şi de aceea accidentele sînt mai rare, dar atunci cînd se produc, ele sînt de obicei grave şi deseori mortale. Un accident specific pentru maşină este luxaţia de şold cu fractură de sprînceană cotiloidă, care se produce în timpul unei opriri bruşte, în care genunchiul se loveşte puternic de tabla de bord a maşinii. Şoferul, fiind în poziţie şezîndă, forţa transmisă în lungul femurului face ca extremitatea superioară a acestuia să lovească puternic sprînceana cotiloidă şi să o rupă, ajungîndu-se astfel la o luxaţie coxo-femurală, care de cele mai multe ori nu se mai poate menţine după reducere, decît pe cale operatorie. Tramvaiele, mai ales în timpul orelor de aglomeraţie, datorită lipsei de disciplină a călătorilor, reprezintă un alt vehicul producător de accidente, nu de rareori deosebit de grave, prin căderea de pe scară şi rostogolire sub roţile vehiculului în mers. Nici pietonii nu scapă însă de accidente. De obicei pietonii accidentaţi sînt copii sau bătrîni. Copiii, datorită relei deprinderi de a se juca pe stradă, apar brusc înaintea vehiculului în mers. Bătrînii se deplasează cu greutate în timpul trecerii de pe o parte pe alta a străzii şi pot fi, din această cauză, surprinşi de vehicule.

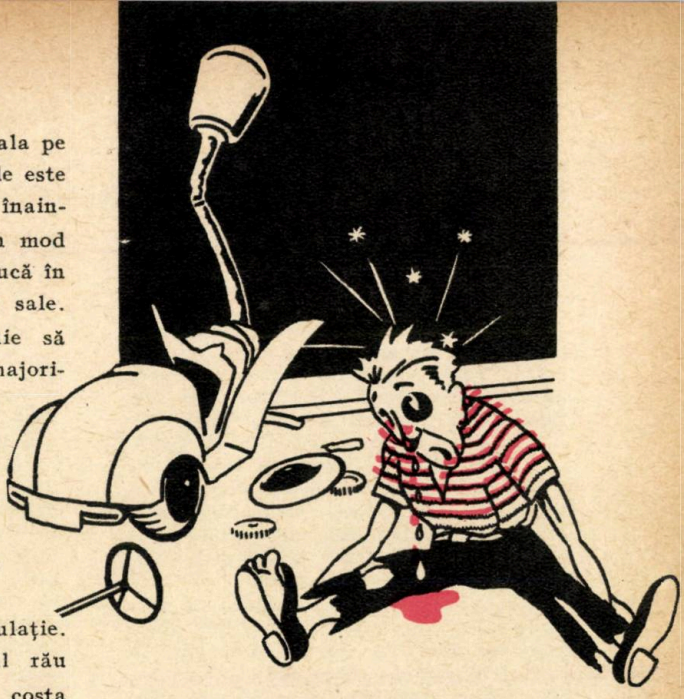
Viteza vehiculelor constituie una din cele mai importante cauze ale accidentelor de circulaţie. În epoca actuală, puterea motoarelor şi deci viteza vehiculelor este în continuă creştere. Din păcate însă, promptitudinea reflexelor conducătorilor nu creşte şi ea în acelaşi ritm, deoarece rapiditatea reacţiei psihice şi fiziologice a organismului ome-

nesc are o anumită limită. Greşeala pe care o fac conducătorii de vehicule este aceea că ei pun puterea maşinii înaintea rapidităţii de reacţie, cînd în mod firesc ar trebui ca fiecare să conducă în raport cu dezvoltarea calităţilor sale. Măsura tuturor lucrurilor trebuie să fie omul, şi nu maşina. Marea majoritate a accidentelor sînt produse de începători, care conduc vehicule cu motoare prea puternice, în raport cu pregătirea lor de conducători.

Starea de întreţinere a vehiculelor constituie o altă cauză importantă a accidentelor de circulaţie. Plecarea la drum cu un vehicul rău întreţinut şi necontrolat poate costa viaţa conducătorului imprudent. Un conducător conştiincios îşi controlează totdeauna înainte de plecare cel puţin cauciucurile, luminile şi frînele. Supraîncărcarea vehiculelor reprezintă o altă cauză, nu mai puţin importantă.

Căile de comunicaţie rău întreţinute constituie un alt factor favorizant al producerii accidentelor. Gropile şi denivelările produc accidente, mai ales vehiculelor mici, care nu au o greutate proprie prea mare (biciclete, motociclete). Materialul ideal din care urmează să se construiască drumurile, pentru a se preveni pe cît posibil derapajul, este încă în discuţia specialiştilor. Studiile efectuate în această problemă au arătat că unele materiale de înveliş al drumurilor sînt astăzi în situaţia de a fi proscrise. În viitor, va trebui ca la construcţia drumurilor să se ţină seama şi de aceste consideraţii.

Starea atmosferică poate favoriza şi ea producerea accidentelor. Ceaţa, norii de praf, vizibilitatea scăzută impun o prudenţă crescută, atît din partea conducătorilor de vehicule, cît şi din partea pietonilor. Umezeala, cu mîzga respectivă pe care o produce pe toată întinderea sau numai pe porţiuni limitate din suprafaţa drumurilor, favorizează derapajul şi, deci, producerea accidentelor. Vehiculele pe două roţi sînt în special periclitate de mîzga aşternută pe drum.



— Păcat!... Avea o viteză extra!

Nerespectarea regulilor de circulaţie constituie, în fine, un ultim factor important în producerea accidentelor. Cunoaşterea şi respectarea acestor reguli este o datorie elementară a oricărui conducător de vehicule şi a oricărui pieton. Serviciul de circulaţie din ţara noastră a făcut eforturi remarcabile în acest sens. Din păcate însă, nu toţi conducătorii de vehicule şi pietonii sînt pătrunşi de însemnătatea respectării acestor reguli. Se impune, de aceea, ca delicvenţii să fie cît mai aspru sancţionaţi, pedepsirea exemplară putînd însemna un mijloc eficace de prevenire, pentru viitor, a recidivelor.

„CE TREBUE FĂCUT CA REZULTATELE LA ÎNVĂȚĂTURĂ ALE COPILULUI MEU SĂ FIE MAI BUNE"

Nu știm dacă mama, care ne-a pus în scrisoarea ei alarmantă această întrebare în legătură cu rezultatele slabe la învățătură ale fiului sau, a făcut aceasta numai la sfîrșitul anului școlar și nu știm, de asemenea, dacă întrebarea la care mama așteaptă răspunsul nostru și-au pus-o învățătorul și medicul școlar cu tot atîta neliniște.

Astăzi nu se mai privește cu nepăsare rămînerea în urmă la învățătură a copiilor noștri. Școala își face o cinste din lupta contra insuccesele școlare. Dar pentru obținerea unor bune rezultate la învățătură nu este suficientă numai grija școlii.

V-ați îngrijit pentru asigurarea unei bune stări de sănătate a copiilor dumneavoastră? Iată prima întrebare la care trebuie să răspundă toți cei ce au răspunderea pentru creșterea, educația și instruirea copiilor. Copilul care nu s-a dezvoltat potrivit vîrstei sale, care are o înălțime mai mică sau o greutate mai redusă decît cea corespunzătoare vîrstei sau o dezvoltare dizarmonică poate să aibă și un randament școlar mai slab.

Îmbolnăvirile ușoare, dar des repetate, cum ar fi răcelile, chiar cînd nu obligă pe copil să absenteze de la școală, pot să aibă ca urmare slăbirea capacității de lucru a acestuia: elevul nu se mai poate concentra timp îndelungat, posibilitățile de asimilare, de reținere a cunoștințelor, scad și elevul nu mai are un randament bun la învățătură.

Îmbolnăvirile mai grave, acute sau cronice, pot să provoace intense dificultăți școlare. Menționăm printre acestea unele boli infecto-contagioase, ca scarlatina, rujeola, tusea convulsivă și mai ales reumatismul, tuberculoza și unele tulburări ale glandelor endocrine, tulburări de pubertate, paraziții intestinali etc.

Vede bine copilul dumneavoastră? Aude bine? Nu cumva greutatea pe care o are la citit și la scris o are și la vorbire? Ați observat cumva că apropie mult ochii de carte sau de caiet? Dacă da, atunci arătați copilul unui specialist ca să i se corecteze vederea. Sau copilul dumneavoastră, cîteodată, pare că nici nu ia în seamă observațiile pe care i le faceți sau nu răspunde cînd este chemat? Uneori îl surprindeți ascultînd atent, cu capul întors într-o parte, oferind pentru aceasta o ureche? Arătați copilul unui medic de nas, gît și urechi, pentru cercetarea și corectarea auzului.

Dar copilul dumneavoastră poate să fie sănătos și să nu obțină rezultat bune la învățătură și din alte motive.

Poate nu vă îngrijiți în suficientă măsură de alimentația copilului dumneavoastră, vă spuneți: „Acum este mare, ce grijă să am de mîncarea lui?" Școlarul trebuie să mănînce regulat, la aceleași ore, să nu plece la școală nemîncat și fără o gustare pe care să o mănînce în recreația mare (măcar o felie de pîine cu unt și marmeladă sau cu brînză).

Sau poate nu aveți grijă ca școlarul să petreacă 2—4 ore pe zi în aer liber, afară? Dar somnul copilului dumneavoastră este suficient? Școlarul mic trebuie să doarmă 11—12 ore, cel mai mare, 9—10 ore pe zi.

Nu cumva copilul dumneavoastră se culcă tîrziu sau se trezește dimineața prea devreme? Lipsa somnului este extrem de vătămătoare pentru activitatea nervoasă și deci și pentru cea școlară a copiilor.

Dar cum își pregătește copilul dumneavoastră lecțiile pentru ziua următoare vă interesează? Sau abia așteptați să vină de la școală copilul pentru a-l trimite să rezolve mici treburi în gospodărie? Are copilul dumneavoastră un loc al lui de lucru în casă sau este mutat de la o masă la alta, de pe un scaun pe celălalt, ca să facă loc celor mai mari sau celor mai mici?

Are copilul dumneavoastră liniștea necesară în casă, nu numai pentru a-și face lecțiile, ci și pentru a-și desfășura o viață calmă și fericită, în familie, sau poate adesea el asistă la conflicte, la certuri și neînțelegeri, care-l fac să sufere, care-l fac nefericit și deci fără tragere de inimă pentru carte? Simte copilul dumneavoastră că este iubit, că are un loc și un rost în familie și mai ales că activitatea lui școlară este privită de toți cei din jur ca o sarcină socială importantă?

Ați supravegheat cum își împarte timpul copilul dumneavoastră, între sarcinile școlare gustul pentru joc, pentru distracții, pentru plimbare?

Iată drumul simplu pentru obținerea de către copiii dumneavoastră a unor rezultate mai bune la învățătură.

PICIORUL PLAT

Datorită formei oaselor care compun scheletul labei piciorului, precum şi datorită legăturilor realizate prin intermediul ligamentelor, acest organ are o formă boltită, din care cauză serveşte ca un suport elastic, în vederea susţinerii greutăţii corpului omenesc.

Această boltitură prezintă două componente: o boltă longitudinală (de-a lungul piciorului) şi una transversală (de-a latul piciorului). Bolta longitudinală, la rîndul ei, se compune din 5 arcuri, care corespund oaselor metatarsiene şi se unesc spre călcîi (tuberozitatea calcaneană).

Scheletul piciorului normal, datorită acestui sistem de arcuri, este un suport solid, dar totuşi elastic, care se sprijină pe sol în trei puncte: înapoi, pe calcaneu, iar înainte, pe epifiza primului şi celui de-al cincilea metatarsian.

Pentru a putea suporta greutatea corpului, piciorul, în unele locuri de maximă presiune, este căptuşit cu ţesut adipos bogat, această conformaţie fiind necesară ca piciorul să poată satisface funcţia de susţinere a corpului, deci o funcţie statică.

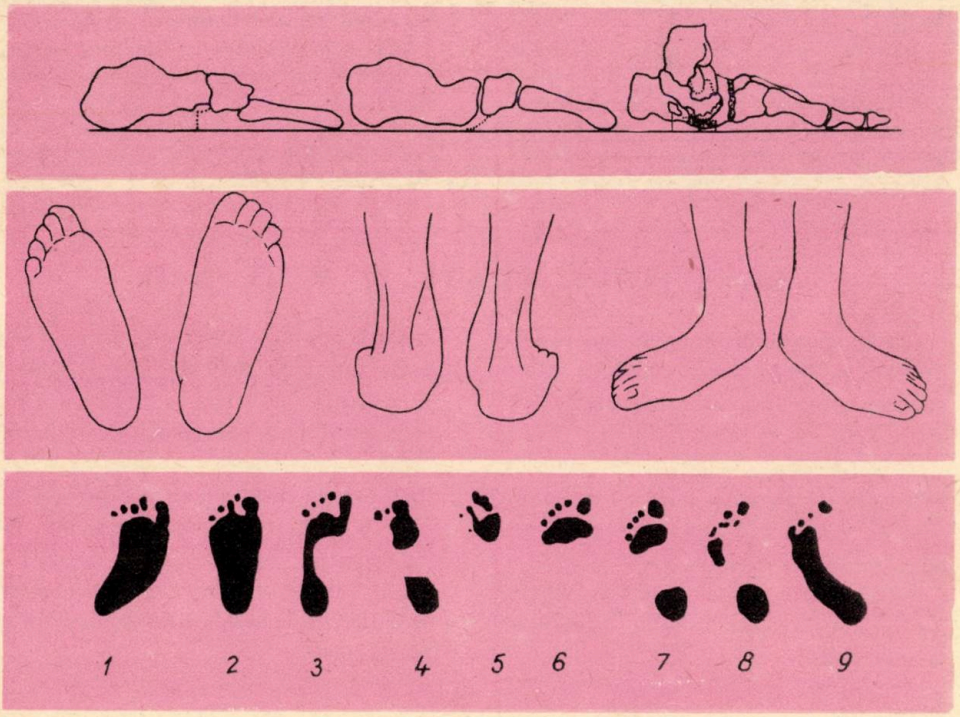
Piciorul are însă un rol important şi în dinamica organismului; el este pus în funcţiune de către musculatură. Prin funcţionarea armonioasă a muşchilor obţinem mişcările de diferite tipuri ale piciorului.

Un alt rol important al piciorului, afară de cel de susţinere (static) şi dinamic (mersul), este şi acela al menţinerii echilibrului corpului.

Bolta piciorului, formată din oasele tarsului şi bazele metatarsienelor, mai are rolul important de a servi ca resort elastic şi deci ca amortizor de şocuri traumatice, ca de exemplu în sărituri de la înălţime, căderi etc.

După S.V. Moiseev, apariţia piciorului plat este rezultatul acţiunii greutăţii corpului şi greutăţii ridicate sau transportate asupra bolţii plantare, care, ca o consecinţă a slăbirii aparatului ligamento-muscular de susţinere, se turteşte.

Aceasta favorizează peste măsură încordarea muşchilor fixaţi de oasele tălpii, care din cauza oboselii exage-



POŞTA MAMEI * POŞTA MAMEI * POŞTA MAMEI * POŞTA MAMEI

rate nu mai pot acționa împotriva turtirii.

Piciorul plat nu înseamnă numai o deformare; el se însoțește de un șir întreg de fenomene ce se reflectă asupra capacității de muncă, ca de exemplu oboseala rapidă a mușchilor picioarelor, dureri ale articulațiilor picioarelor etc.

Dacă deformația de picior plat valg se observă destul de des în copilărie, la adolescent afecțiunea se precizează mai des prin apariția durerilor sau prin atitudini anormale.

Întîlnim foarte adesea picioare plate la indivizi care exercită meserii ce pretind o staționare îndelungată în picioare: chelneri, bărbieri, spălătorese, brutari, dentiști, chirurgi, gospodine, farmaciști, hamali, țesătoare etc.

Boala se constituie de asemenea cîteodată la sfîrșitul activității care a antrenat oboseala (la tineri soldați, după un efort prelungit de mers) sau, la adult, după un schimb brusc al felului de viață, omul trecînd de la o profesiune sedentară la o ocupație necesitînd statul îndelungat în picioare.

Piciorul plat, datorită numărului mare de bolnavi care suferă din această cauză, datorită reducerii capacității de muncă a bolnavului și a scoaterii lui pentru un anumit timp din producție, necesită luarea de măsuri importante, atît în ceea ce privește tratamentul, dar mai ales prevenirea lui.

Măsurile profilactice trebuie să privească:

— acțiuni medico-sociale de prevenire încă din vîrstă fragedă, sub forma orientării profesionale juste, avînd în vedere că un mare număr de îmbolnăviri se produc în epoca în care sistemele osos și musculo-ligamentar încă în dezvoltare sînt supuse la eforturi prea mari;

— micșorarea sau îndepărtarea totală a încordărilor îndelungate musculare în timpul producției;

— consultări periodice ale muncitorilor, care dau posibilitatea de a descoperi din timp simptomele bolii într-o fază incipientă;

— trierea medicală anterioară angajării, pentru ca cei bolnavi sau predispuși să fie îndrumați spre meseriile care nu cer efortul de a sta în picioare în permanență;

— munca de îndrumare sanitară: instruirea muncitorilor asupra măsurilor prin care pot preîntîmpina apariția sau agravarea deformației;

— educația fizică și sportul difuzate în mase cît mai largi.

Măsurile curative se îngrijesc ca tratamentul să fie adecvat vîrstei, fazei respective de evoluție, neintervenind chirurgical decît în cazul cînd tratamentul conservator nu mai are șanse de a da rezultate.

RAHITISMUL POATE FI PREVENIT!

Cunoașterea celor mai bune condiții de creștere și dezvoltare a copilului este o datorie a oricărui cetățean conștient și a fiecărei mame.

În statul nostru de democrație populară se ocordă o deosebită grijă mamei și copilului, pentru a se asigura generații viitoare sănătoase și viguroase.

Printre bolile care influențează sănătatea copiilor, mai ales în prima vîrstă, este și *rahitismul*.

Dacă prin sine însăși această boală nu pune direct în pericol viața copilului, prin apariția ei destul de des are o influență hotărîtoare defavorabilă asupra creșterii și rezistenței organismului la alte îmbolnăviri. Este cunoscut faptul că copiii cu rahitism se îmbolnăvesc mai des de tulburări digestive (diaree) și de boli ale aparatului respirator, și invers, aceste îmbolnăviri, prin repetarea lor, predispun la rahitism.

Va trebui să cunoaștem în cîteva cuvinte ce este rahitismul și mai ales să știm cum îl putem preveni, căci, vorba proverbului, „paza bună trece primejdia rea". Iar în domeniul științei medicale este știut că „este mai ușor să previi decît să tratezi".

Ce este rahitismul? Este o boală care împiedică dezvoltarea normală a oaselor, datorită tulburării utilizării de către organism a sărurilor minerale de fosfor și de calciu și prezenței unor cantități insuficiente de vitamină D.

Sistemul osos nu este singurul interesat în rahitism, căci acesta este o boală a întregului organism, care influențează și funcțiile altor organe și aparate, ca: mușchii, aparatul respirator, inima, vasele sanguine, sistemul nervos, pielea etc.

În afara celor arătate mai sus mai intervin în producerea rahitismului și unele cauze ajutătoare, a căror înlăturare poate preveni producerea bolii.

Iată pe scurt cîteva dintre ele: lipsa sau insuficiența luminii, a razelor soarelui, a aerului curat (atmosfera încărcată cu pulberi și fum a orașelor), climatul umed și rece, sezonul rece (rahitismul apare mai des la sfîrșitul iernii și primăvara), infecțiile de diferite feluri, des repetate, ale tubului digestiv, ale aparatului respirator, ale pielii etc.

Felul alimentației copilului, alimentația artificială incorectă, predispun la rahitism. Condițiile de îngrijire și igienă necorespunzătoare sînt determinante (lipsa de curățenie a corpului și a rufelor).

Dintre factorii individuali personali care expun copiii la rahitism menționăm imaturitatea și debilitatea congenitală.

În mintea multor mame mai dăinuiește o groază neexplicată de cuvîntul rahitism. Aceasta se datorește faptului că nu sînt lămurite asupra acestei boli și mai ales că nu știu că ea se poate ușor preveni, așa cum vom vedea. Vrem să precizăm că diagnosticul de rahitism sau prezența unor semne de rahitism la un copil nu înseamnă o condamnare.

Cunoscînd în mod cu totul fugar cele arătate, să vedem acum ce avem de făcut pentru a preîntîmpina apariția rahitismului sau pentru combaterea lui, atunci cînd s-a produs.

Măsurile care trebuie aplicate privesc pe de o parte femeia gravidă și mama care alăptează, iar pe de altă parte, sugarul sau copilul mic.

Viitoarea mamă și femeia care alăptează trebuie să ducă o viață igienică și să respecte o alimentație care să asigure fătului și apoi sugarului sărurile minerale și vitamina D de care acesta are nevoie. Femeia va duce viața cît mai mult în aer liber, sub bătaia razelor ultraviolete ale soarelui. Regimul alimentar format din lapte și produsele lui, legume verzi, fructe, ouă, carne, pește etc. asigură cantitățile de săruri necesare formării scheletului copilului.

În ce privește prevenirea rahitismului la copil după nașterea lui, trebuie avute în vedere mai multe cerințe.

Prima și cea mai importantă cerință care trebuie satisfăcută este *favorizarea și asigurarea alăptării naturale la sîn.* Laptele mamei este cel mai potrivit aliment pentru sugari, căci în el se găsesc elementele nutritive în proporția cea mai prielnică.

De la anumite vîrste, la alimentația la sîn trebuie adăugate și alte alimente, care aduc în organismul copilului sărurile și vitaminele de care el are nevoie. Astfel, de la 3 luni se vor adăuga sucuri de fructe (lămîie, portocale, mere etc.), de la 4—5 luni făinoase (pesmet pisat, griș, făină prăjită), fierte în lapte de vacă, apoi unt. Din luna a 6-a se înlocuiește

un supt cu supă de zarzavat cu griș, la care se adaugă pireu de legume (cartofi, morcovi, spanac) cu puțin unt și fructe crude rase, mai ales mere, sau compoturi.

Din luna a 7-a se vor da copilului supă de carne degresată și gălbenuș de ou fiert, în cantități mici, pentru a-l obișnui.

La 10—12 luni se poate da carne tocată (de pasăre sau de vită) fiartă în supă sau sub formă de chifteluțe cu zarzavat, fripte în unt.

Alimentația copilului condusă corect constituie deci un important factor în prevenirea rahitismului.

Pe lîngă alimentație trebuie să se țină seamă și de alte cerințe care au un rol tot atît de important. Copilul trebuie scos la aer și soare cît mai mult. Vara poate fi scos la aer de la vîrsta de 14—15 zile, iar iarna, de la o lună, și trebuie obișnuit să doarmă în aer liber.

Cînd temperatura exterioară permite (22—24°), se vor putea face băi de soare propriu-zise, helioterapie; indicații precise vor fi cerute medicilor din dispensare.

Cînd nu se pot realiza băi naturale de soare, se vor înlocui cu raze ultraviolete, produse artificial cu lampa de cuarț. Aplicarea acestora trebuie făcută de persoane competente, care să cunoască tehnica și durata ședințelor.

Cu efecte bune se pot aplica masajul și gimnastica.

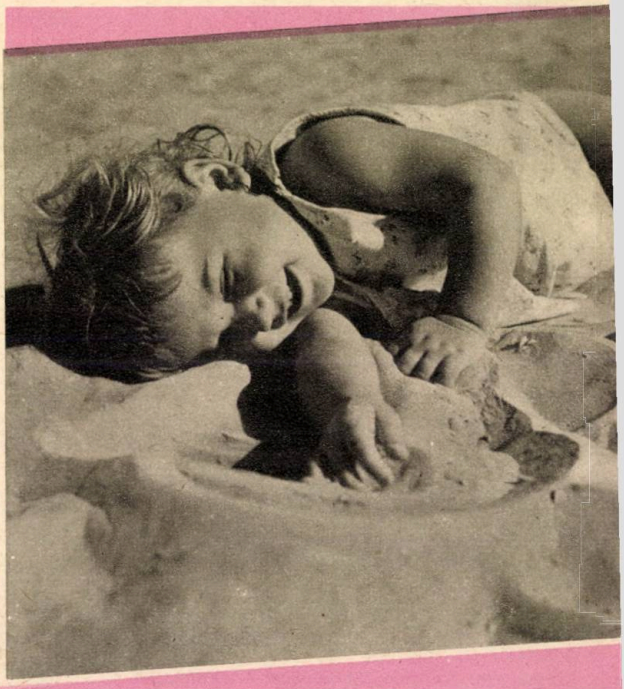
Ca medicamente preventive împotriva rahitismului, cele mai obișnuite sînt: untura de pește, vitamina D sub diferitele sale forme, dozele și formula de aplicat fiind stabilite de către medic. În orice caz, copiii alimentați artificial și imaturii vor primi necondiționat vitamina D în doze mai mari decît cei alimentați la sîn.

Este bine ca toți copiii să primească vitamina D în cursul toamnei și al iernii.

O acțiune sistematică împotriva rahitismului desfășoară consultațiile prenatale, cele de copii din dispensare, precum și creșele și colectivitățile de copii.

La începutul primăverii este bine ca toți copiii sub 2 ani să fie arătați medicului, pentru a se putea observa din timp dacă au apărut semne de rahitism și să se ia măsuri.

Părinții și medicii au datoria de a preveni rahitismul și a preîntîmpina astfel apariția deformațiilor, uneori greu de corectat, care prejudiciază dezvoltarea normală a copiilor și pot realiza chiar infirmități dizgrațioase.



POȘTA MAMEI * POȘTA MAMEI * POȘTA MAMEI
POȘTA 40 BANI
ROMA 1960

SEMMELWEIS

ŞI LUPTA IMPOTRIVA INFECŢIEI PUERPERALE

Acum un secol, casele de naştere erau, de fapt, mai curînd nişte case ale morţii. Mare parte din lăuzele internate aci piereau de pe urma infecţiilor şi se semnalează chiar cazuri cînd toate, dar absolut toate femeile care în cursul unui an solicitaseră asistenţa unor asemenea instituţii, au decedat. Aceasta se întîmpla mai ales în maternităţile folosite la lucrările practice ale studenţilor. Un medic maghiar, Ihnaz Semmelweis, a pornit de la această observaţie şi a izbutit să descopere cauza înfricoşătoarei mortalităţi din casele de naştere.

Semmelweis s-a născut la Budapesta în 1818. După ce începuse să studieze dreptul, s-a consacrat medicinei, încheindu-şi studiile la Viena, în 1846, cînd a obţinut titlul de doctor-mamoş. Timp de trei ani, cît a funcţionat ca asistent al profesorului I. Klein, Semmelweis s-a străduit să afle pricina pentru care mortalitatea lăuzelor era mult mai mare în serviciile de obstetrică şi maternităţi, decît în cazurile cînd femeile năşteau la domiciliu, fără asistenţă medicală calificată.

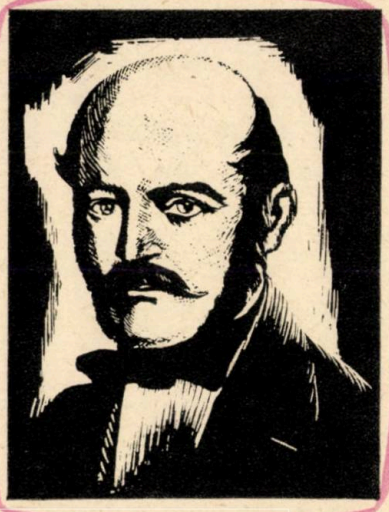
O întîmplare nefericită l-a apropiat de explicaţia acestei situaţii paradoxale: în 1847, J. Kolletschka, un cunoscut anatomopatolog vienez, a murit în urma unei înţepături la deget, făcută la o autopsie. Simptomele pe care le-a prezentat Kolletschka i s-au părut lui Semmelweis întrutotul asemănătoare celor manifestate de lăuzele infectate în maternităţi, iar leziunile constatate la autopsierea medicului decedat, identice cu acelea observate la femeile moarte în casele de naştere. Concluzia era clară: în serviciile de obstetrică, infecţia se transmitea de la lăuză la lăuză şi mai cu seamă de la cadavrele lăuzelor autopsiate la lăuzele asistate, aceasta prin intermediul medicilor sau studenţilor care le asistau şi le examinau.

Într-adevăr, medicii veneau din sala de autopsie cu mîinile murdare sau insuficient spălate şi efectuau intervenţii asupra femeilor sănătoase. Semmelweis a recomandat atunci ca moaşele, mamoşii şi studenţii să nu se mai apropie de lăuze pînă nu se spală bine pe mîini cu o soluţie dezinfectantă, instrumentele chirurgicale fiind şi ele ţinute într-o stare de perfectă curăţenie. De menţionat că la epoca aceea nu se descoperiseră microbii şi rolul lor în transmiterea bolilor.

Rezultatele obţinute de Semmelweis prin aplicarea metodei pe care a propus-o au fost extrem de încurajatoare, reuşindu-se ca în secţia de moşire condusă de el, într-un spital din Budapesta, mortalitatea lăuzelor să coboare sub 1%. Este cu atît mai dureros şi mai revoltător faptul că marea majoritate a chirurgilor şi mamoşilor timpului n-au vrut să ia în consideraţie recomandările medicului maghiar. Repetatelor memorii înaintate de Semmelweis societăţilor şi personalităţilor ştiinţifice ale Europei li s-a răspuns cu dispreţ şi ostilitate. Cunoscutul anatomopatolog R. Virchow l-a atacat cu deosebită înverşunare, acuzîndu-l că este un ignorant şi un impostor.

Neînţelegerea arătată de „confraţi" l-a zdruncinat puternic pe Semmelweis, dar el nu a dezarmat, ci a continuat cu şi mai multă străduinţă eforturile întreprinse pentru salvarea vieţii acelora care dau viaţa.

După moartea sa, survenită în 1885, valoarea descoperii lui Semmelweis a fost unanim recunoscută, iar el, considerat vrednic de a sta alături de cei mai mari medici ai epocii moderne.



August

L		7	14	21	28
M	1	8	15	22	29
M	2	9	16	23	30
J	3	10	17	24	31
V	4	11	18	25	
S	5	12	19	26	
D	6	13	20	27	

Problemele sănătății publice în Scînteia ilegală

La 15 august 1931, în perioada unor aprige lupte sociale între proletariat și burghezie, a apărut, în ilegalitate, *Scînteia*, organul C.C. al Partidului Comunist din Romînia. În decursul apariției sale ilegale și apoi, după 23 August 1944, Scînteia și-a îndeplinit și își îndeplinește cu cinste misiunea de a fi unul din instrumentele de seamă prin care partidul își transmite cuvîntul său, direct, în mase.

Scînteia s-a bucurat încă de la primele sale numere de o apreciere deosebită din partea celor cărora li se adresa, luminîndu-le calea luptei împotriva orînduirii burghezo-moșierești, pentru o viață liberă și fericită, organizînd și mobilizînd masele muncitoare.

Pe lîngă problemele vieții de partid și cele privind lupta economică, politică, ideologică a proletariatului și a întregului popor muncitor împotriva exploatării, în paginile *Scînteii* ilegale se găsesc analize științifice și indicații într-o serie de probleme generale care interesează starea de sănătate a poporului, caracterele și limitele organizării sanitare în orînduirea bazată pe exploatare, legătura dintre înfometarea cronică a muncitorilor și extinderea alarmantă a bolilor cu caracter de masă; *Scînteia* ilegală a făcut cunoscut în paginile sale realizările în domeniul sănătății publice pe care le obținea an de an Uniunea Sovietică, primul stat din lume care construia socialismul.

Prima problemă ce o desprindem din paginile *Scînteii* ilegale este aceea a condițiilor economico-sociale ca factor fundamental al stării sanitare a poporului muncitor. Analizînd situația muncitorilor mineri din Valea Jiului, *Scînteia* arăta pe bază de date concrete cît de mult se răsfrîngea criza economică în viața — și așa deosebit de grea — a muncitorilor. Raționalizarea capitalistă a făcut ca mii de muncitori să fie concediați, iar cei rămași, obligați să-și intensifice munca, de pe urma căreia patronii își măreau și mai mult profiturile. Supramunca, exploatarea capitalistă le sleia puterile, le submina sănătatea. Arătînd că față de 1922, în 1932 s-a dublat randamentul muncii în Valea Jiului, *Scînteia* preciza totodată că aceasta a făcut ca exploatarea muncitorilor să devină „mai sîngeroasă, mai sălbatică. Ca rezultat s-a mărit numărul de muncitori tuberculoși, al bolnavilor de anemie generală și de boli profesionale..."[1]. Toate acestea: exploatarea nemiloasă, scăderea salariilor, șomajul, scumpirea bunurilor de larg consum arunca masa mare de oameni ai muncii în brațele foametei. Iar „foametea — scria *Scînteia* — este însoțită de boli grozave"[2]. Din cauza alimentației proaste și a mizeriei — arăta *Scînteia* — poporul muncitor este expus celor mai ucigătoare boli cu extindere în masă. Condițiile de viață și de muncă ale muncitorilor în regimul burghezo-moșieresc constituie factorul fundamental prin care trebuie explicat numărul atît de mare de boli ca tuberculoza, pelagra, tifosul exantematic ș.a. La baza stării economice proaste stă exploatarea burghezo-moșierească — arăta *Scînteia* — „burghezia și moșierimea... fiind... singurii provocatori ai foametei"[3]. Vorbind de starea sanitară a țărănimii, *Scînteia* a

[1] *Scînteia*, anul II, nr. 5—6, aprilie 1932.
[2] *Scînteia*, anul IV, nr. 4, martie 1934.
[3] *Scînteia*, anul IV, nr. 2, februarie 1934.

făcut aceeași analiză științifică, înțelegînd, pe baza materialismului istoric, că factorul economic, relațiile sociale reprezintă factorii determinanți care se reflectă în starea culturală, sanitară a maselor muncitoare.

Flagelul foametei care bîntuie satele — scria *Scînteia* în 1934 — „seceră țărănimii exploatate mii de copii, care niciodată n-au mîncat să se sature..., iar pelagra... este boala specifică a bordeielor din Romînia"[1].

Analiza făcută de *Scînteia* problemelor sănătății publice din Romînia reprezintă o contribuție de seamă la orientarea gîndirii noastre medicale în lumina filozofiei materialismului dialectic și istoric. Numai de pe această bază filozofică puteau fi înțelese *cauzele fundamentale* ale proastei stări sanitare a poporului, a creșterii an de an a numărului de tuberculoși, pelagroși, malarici etc. Înțelegînd aceste cauze, Partidul Comunist a fost acela care a arătat că numai prin lupta maselor populare împotriva exploatării, că numai doborînd regimul burghezo-moșieresc, instaurînd o nouă orînduire, socialistă, se pot rezolva și problemele sanitare, se poate îmbunătăți sănătatea poporului muncitor.

Partidul Comunist — scria *Scînteia* — luptă pentru interesele tuturor celor flămînzi și năpăstuiți de către stăpînirea capitaliștilor și boierilor, nu cruță nimic și acționează în mod permanent pentru organizarea și lupta muncitorimii și țărănimii. „Numai în alianță cu muncitorimea din fabrici și ateliere și sub conducerea ei, numai prin lupta înverșunată sub conducerea Partidului Comunist va cuceri țărănimea ajutorul ce i se cuvine, pentru a fi scăpată din foamea și bolile ucigătoare"[2].

Viața nouă și fericită de azi a întregului popor, harnic și entuziast, priceput constructor al socialismului sub conducerea înțeleaptă a Partidului Muncitoresc Romîn este cea mai puternică mărturie a justeții cauzei pentru care a militat și militează partidul clasei muncitoare și organul său central, *Scînteia*. Realizările medico-sanitare, scăderea mortalității infantile, reducerea considerabilă a morbidității prin tuberculoză, boli contagioase, realizările în domeniul eradicării malariei ș.a. demonstrează că numai orînduirea socialistă poate crea acele premise fundamentale care să contribuie la dezvoltarea stării de sănătate a poporului muncitor.

Pe baza analizei științifice, *Scînteia* a demascat regimul burghezo-moșieresc ca principalul vinovat de starea sanitară înapoiată a Romîniei.

Guvernul burghezo-moșieresc — scria *Scînteia* în 1934 — a întocmit bugetul pe anul în curs, un „buget al înfometării și războiului", deoarece storcînd impozite de la muncitori și țărani, reducînd numărul muncitorilor și micilor funcționari sau nedînd lefurile acestora acordă cea mai mare parte din buget pentru Ministerul de război. Printre ministerele la care s-au făcut cele mai importante reduceri bugetare figurează în primul rînd ministerul sănătății publice și al asigurărilor sociale.

Prin politica sa de clasă exploatatoare — arăta *Scînteia* — *prin caracterul bugetului de stat și prin întreaga sa poziție socială, burghezo-moșierimea era principalul vinovat de starea sanitară înapoiată din Romînia.*

Luptînd pentru organizarea și mobilizarea întregului popor muncitor la lupta împotriva fascismului și a exploatării, pentru doborîrea regimului burghezo-moșieresc, Partidul Comunist a îndrumat prin *Scînteia*

[1] *Scînteia*, anul IV. nr. 2, februarie 1934.
[2] *Scînteia*, anul IV, nr. 4, martie 1934.

proletariatul și țărănimea și pentru revendicări imediate de ordin medico-sanitar.

În lupta pentru organizarea proletariatului în sindicate revoluționare, *Scînteia* duce o activitate intensă de educare a muncitorimii, demascînd mizeria și exploatarea. Vorbind, de exemplu, de situația muncitorilor de la manufactura de tutun, *Scînteia* arăta în 1936 că serviciul medical lucrează după bunul plac al directorului, muncitorii nu primesc medicamente suficiente, nu sînt trimiși la băi și nu primesc nici măcar ajutoarele bănești prevăzute de lege. *Scînteia* a demascat caracterul corupt al Asigurărilor Sociale și a mobilizat muncitorimea la luptă împotriva acestei situații. Prin paginile *Scînteii*, muncitorii cereau controlul muncitoresc al Asigurărilor Sociale, scoaterea lor de sub conducerea burgheză a Ministerului Muncii și trecerea sub conducerea directă a comisiilor alese de muncitori, funcționari și meseriași.

Ca o mărturie a faptului că statul în care puterea aparține clasei muncitoare este singurul care se îngrijește într-adevăr de sănătatea poporului stăteau realizările Uniunii Sovietice în domeniul sănătății publice. Muncitorii, țăranii, intelectualii cinstiți din lumea întreagă au urmărit cu simpatie lupta eroică a oamenilor sovietici pentru construirea noii orînduiri socialiste. Regimul burghezo-moșieresc a făcut tot ce i-a stat în putință ca să împiedice cunoașterea în țara noastră a realizărilor primului stat sovietic.

Este meritul *Scînteii* de a fi făcut cunoscut, în acele condiții grele, victoriile istorice ale Uniunii Sovietice. Număr de număr, cu legitimă mîndrie și dragoste față de constructorii unei vieți noi se arătau realizările în cele mai diferite sectoare ale vieții economice, politice, științifice, culturale, sanitare.

Știrile acestea, față de realitatea din Romînia burghezo-moșierească, purtau amprenta lumii noi, socialiste. În Romînia exista o mortalitate infantilă de 20%, copii rahitici, tuberculoși, subalimentați, pe cînd în U.R.S.S. se creau rețele întregi de cămine de recreație, organizații „Mama și copilul" care trimiteau zeci de mii de copii în localități balneo-climatice, la odihnă.

Scînteia arăta eforturile întreprinderilor sovietice de a asigura o bună protecție a muncii, măsurile luate de stat pentru stîrpirea bolilor profesionale, dezvoltarea producției farmaceutice, a învățămîntului medical. „Numai în țara muncitorilor și țăranilor — scria *Scînteia* — este atîta grijă față de sănătatea celor ce muncesc"[1].

Exemplul luminos al Uniunii Sovietice, grija față de om a Statului sovietic întăreau credința forțelor progresiste din țara noastră în izbînda luptei pentru o nouă orînduire care va duce la măsuri pentru lichidarea acelor ucigătoare boli cu extindere în masă. Realizările, de azi ale regimului democrat-popular confirmă din plin că numai orînduirea socialistă pune pe primul plan grija față de om, față de poporul muncitor.

Scînteia ilegală are meritul istoric de a fi ridicat o serie de probleme fundamentale ale sănătății publice din Romînia, de a fi arătat baza de clasă a organizării sanitare, condiționarea socială a stării de sănătate a oamenilor muncii. Prin toate acestea, *Scînteia* ilegală, organul central al Partidului Comunist din Romînia, a adus o contribuție de seamă la înțelegerea marxist-leninistă a problemelor fundamentale ale sănătății publice.

---

[1] *Scînteia*, anul III, nr. 12—13, sept.-oct., 1933.

IVAN PETROVICI PAVLOV
1849 - 1936

În Rusia, în a doua jumătate a secolului al XIX-lea, mişcarea revoluţionară împotriva absolutismului ţarist a fost sprijinită pe plan teoretic de democraţii revoluţionari ruşi Herţen, Dobroliubov, Cernîşevski, Belinski. Aceştia au meritul de a fi dezlănţuit totodată o luptă curajoasă de critică a idealismului în ştiinţele naturii, stîrnind interesul tineretului rus spre studierea ştiinţelor naturii, contribuind la educarea ideologică materialistă a acestui tineret. Atmosfera de luptă împotriva ţarismului, de promovare a concepţiilor materialiste în ştiinţele naturii, a constituit mediul în care s-a format ca savant Ivan Petrovici Pavlov. Pe atunci, ideile materialiste în domeniul ştiinţelor naturii erau promovate de o întreagă pleiadă de mari reprezentanţi ai ştiinţei ruse, ca N.I.Pirogov, I.I. Mecinikov, S.P. Botkin, I.M. Secenov, C.A. Timiriazev ş.a. Este cunoscută, de pildă, influenţa nemijlocită a lui Pisarev asupra lui Pavlov şi rolul său în orientarea acestuia din urmă spre ştiinţele naturii; de asemenea, influenţa lui Botkin, care i-a sugerat lui Pavlov ideea nervismului, şi a lui Secenov, care prin teoria reflexului creierului i-a indicat calea şi metoda de cercetare a activităţii nervoase superioare.

I.P. Pavlov are principalul merit de a fi creatorul învăţăturii materialiste despre activitatea nervoasă superioară. Pînă a ajunge însă la fundamentarea noii sale concepţii revoluţionare, Pavlov a parcurs un drum lung de luptă şi activitate neobosită în domeniul cercetării fiziologice.

Născut la Riazan, în 1849, atras de ideile democraţilor revoluţionari, el şi-a format pregătirea superioară la Universitatea din Petersburg şi la Academia medico-chirurgicală. Timp de 10 ani a lucrat ca şef de laborator în clinica remarcabilului terapeut S.P. Botkin. Meritele sale deosebite l-au consacrat cercetării ştiinţifice şi, în ciuda unor greutăţi, a reuşit să fie numit, în 1890, profesor la Academia de medicină militară, conducînd în acelaşi timp laboratorul de medicină experimentală, organizat cu ajutorul participării sale active. O deosebită înflorire a activităţii creatoare a lui I.P.Pavlov a avut loc după Marea Revoluţie Socialistă din Octombrie. Partidul Comunist al Uniunii Sovietice şi Guvernul sovietic au acordat permanent sprijin material şi moral în desfăşurarea lucrărilor ştiinţifice ale lui I.P. Pavlov.

V.I. Lenin aprecia ca excepţional aportul ştiinţific al acad. I.P. Pavlov şi arăta că învăţătura lui Pavlov are „o uriaşă însemnătate pentru oamenii muncii din lumea întreagă". Ceea ce în timpul ţarismului părea irealizabil pentru visurile de cercetător ale lui Pavlov s-a putut înfăptui în regimul sovietic: mijloace materiale necesare, localuri spaţioase, excepţional dotate, un număr mare de colaboratori ştiinţifici etc. În 1921, sub semnătura lui V.I. Lenin, a fost dat decretul de creare a condiţiilor favorabile pentru munca ştiinţifică a lui Pavlov, însărcinînd totodată Editura de stat de a tipări, în ediţie de lux, lucrările marelui fiziolog.

Iată de ce, pe bună dreptate, spunea Pavlov în 1935 „... noi, cei care conducem instituţiile ştiinţifice, sîntem direct îndreptăţiţi să ne întrebăm dacă vom fi în stare să justificăm toate mijloacele pe care guvernul ni le pune la dispoziţie..." Aşa cum o dovedesc faptele, Pavlov a folosit din plin şi a răspuns în mod patriotic condiţiilor create de puterea sovietică. În 5 ani, sub regimul ţarist, 1909—1914, din Laboratorul de fiziologie condus de Pavlov au putut apărea circa 10 lucrări. În schimb, în 5 ani de regim sovietic (1921—1926), din laboratoarele conduse de Pavlov au apărut 37 de lucrări ştiinţifice, iar din 1926 pînă în 1935, 95 de lucrări.

Merită, de asemenea, menţionat faptul că Pavlov a resimţit, în perioada sovietică influenţa favorabilă, rodnică, a concepţiei ştiinţifice despre lume, a materialismului dialectic şi istoric. Elevii lui Pavlov scriu amintindu-şi de acesta, că Pavlov citea opere de filozofie marxist-leninistă, recomandînd el însuşi elevilor săi să citească cu atenţie lucrarea lui V.I. Lenin, „Materialism şi empiriocriticism", declarînd că este perfect de acord cu Vladimir Ilici în problemele cardinale ale filozofiei.

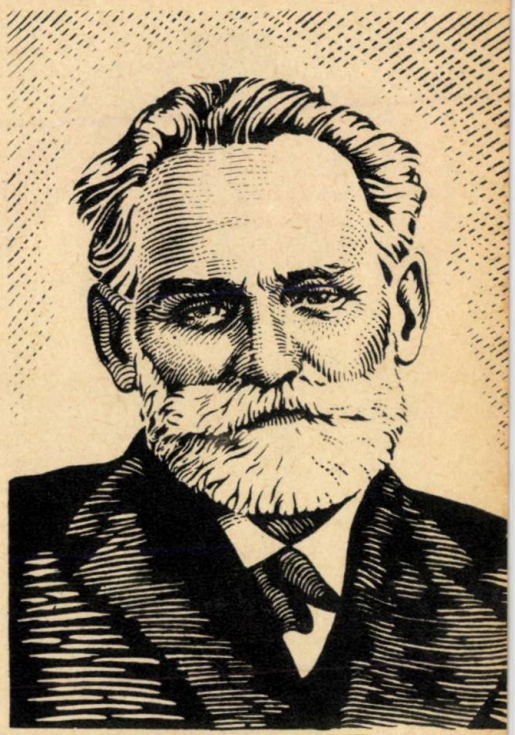
Cele mai remarcabile cercetări ale lui Pavlov se referă la domeniul fiziologiei circulaţiei sîngelui, fiziologia digestiei şi la activitatea nervoasă superioară. Studiind inima animalelor cu sînge cald, Pavlov a descoperit existenţa unor filamente nervoase speciale, care intensifică sau frînează activitatea inimii *(Nervii*

centrifugi ai inimii, 1883), descoperire ce i-a servit ulterior la elaborarea tezei despre funcția trofică a sistemului nervos. Prin cercetările sale, el a demonstrat de asemenea că activitatea tractului digestiv se află sub influența reglatoare a scoarței cerebrale (*Lecții asupra activității principalelor glande digestive*, 1897).

Ca o încununare a activității sale de mare cercetător și a faptului că a urmat o linie consecvent materialistă în generalizarea faptelor cercetate a apărut învățătura despre activitatea nervoasă superioară; însemnătatea științifică a lucrărilor lui Pavlov este atît de mare, încît, pe bună dreptate, istoria fiziologiei se împarte în două etape: etapa prepavlovistă și etapa pavlovistă.

I.P.Pavlov a creat metode noi, principiale, de cercetare, a introdus în practică metoda experimentului cronic, care permite să se studieze activitatea organismului normal în relațiile sale cu mediul. Pavlov a arătat că la baza activității psihice (spirituale) se află procese materiale, fiziologice, care își au originea în etajul superior al sistemului nervos central, scoarța cerebrală.

Lui Pavlov îi revine meritul de a fi descoperit și studiat reflexele condiționate, care se află la baza activității nervoase superioare. Utilizînd metoda obiectivă de cercetare a reflexelor condiționate, Pavlov a dezvăluit o serie de procese extrem de complexe, care au loc în creier. El a explicat mecanismul somnului, hipnozei, a caracterizat tipurile de sistem nervos care reprezintă baza fiziologică a comportamentului uman, a explicat esența unui șir de boli psihice ale omului și a propus metodele vindecării acestor boli.



Ivan Petrovici Pavlov

Studiind activitatea nervoasă superioară, I.P.Pavlov a elaborat învățătura despre cel de-al II-lea sistem de semnalizare, propriu numai omului (vorbirea articulată și gîndirea abstractă), sistem care a apărut ca rezultat al influenței determinante a mediului social asupra omului.

Învățătura materialistă fiziologică cuprinsă în lucrările lui I.P. Pavlov și dezvoltată de elevii și continuatorii săi reprezintă azi bazele naturalist-științifice ale medicinei și psihologiei. Ea are o mare importanță pentru pedagogie, cultură fizică etc.

Învățătura fiziologică pavlovistă pleacă de la o serie de teze principiale privind integritatea organismului, unitatea lui cu condițiile mediului exterior, despre condiționarea materială a activității și comportării organismului viu. Sprijinindu-se pe metodele sintetice de cercetare elaborate de Pavlov (metoda experimentului cronic, metoda reflexelor condiționate), învățătura fiziologică pavlovistă a dat o profundă explicare proceselor fiziologice care au loc în organismul privit ca întreg. După planul lui I.P. Pavlov a fost construită stațiunea biologică din localitatea Koltuși, lîngă Leningrad, denumită ulterior de Pavlov „capitala reflexelor condiționate".

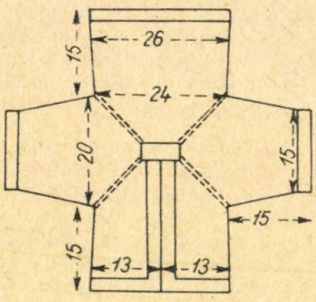
Dezvoltîndu-se în strînsă legătură cu practica, învățătura lui I.P. Pavlov este în mod permanent confirmată de cele mai recente cercetări cu mijloace tehnice, de care știința nu dispunea în momentul în care Pavlov își elabora teoria privind rolul și activitatea sistemului nervos central. Învățătura lui Pavlov a sfărîmat bazele virchowismului, ale freudismului și ale altor concepții reacționare ale medicinei burgheze. Elaborarea și dezvoltarea pavlovismului au avut loc într-o permanentă luptă împotriva idealismului în biologie și medicină.

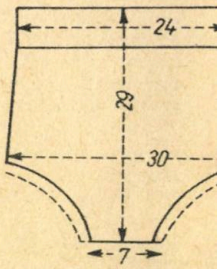
Învățătura fiziologică a lui I.P. Pavlov lărgește baza naturalist-științifică a materialismului dialectic, confirmă justețea tezelor fundamentale ale teoriei leniniste a reflectării și servește ca armă ascuțită în lupta ideologică cu manifestările idealiste din fiziologie, medicină, biologie.

I.P. Pavlov și-a iubit fierbinte poporul, patria sovietică, a adus contribuții fundamentale care au intrat în patrimoniul științei mondiale.

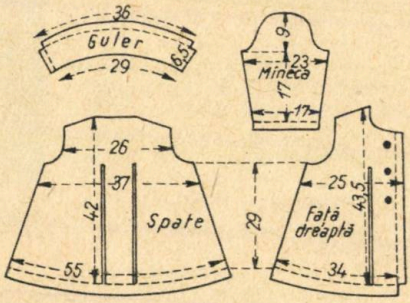
COCHETĂRIE

Jacheţică pentru un copil de 6—8 luni



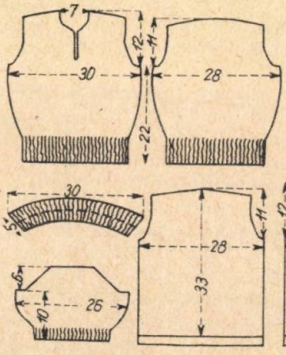


Pantalonaş pentru copil 6—8 luni



Paltonaş pentru copil de 2 ani

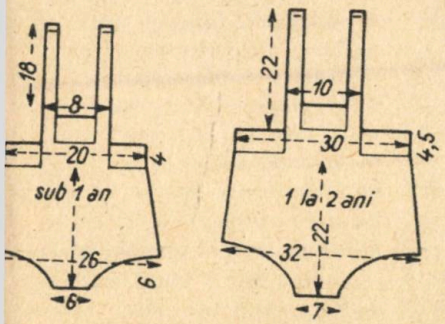
Halat de c



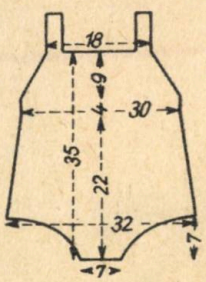
Bluză şi jachetă pentru fetiţe de 4—6 ani

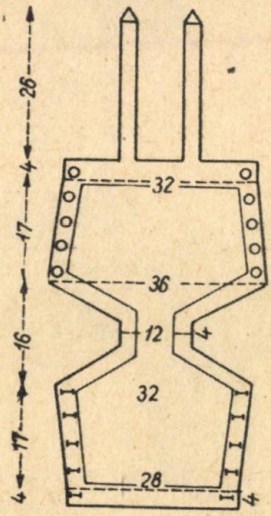
ÎMBRĂCĂMINTE IG

R E C O C E ?

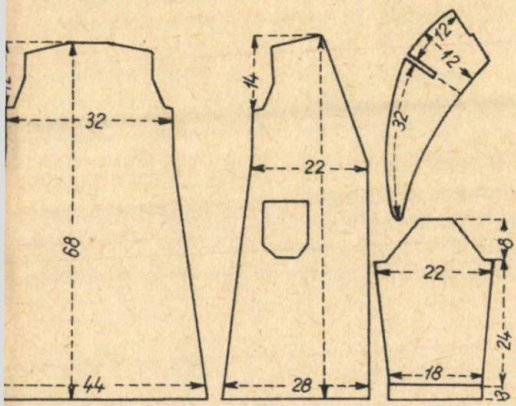


Pantalonaș-spielhozen pentru copii de 1—2 ani

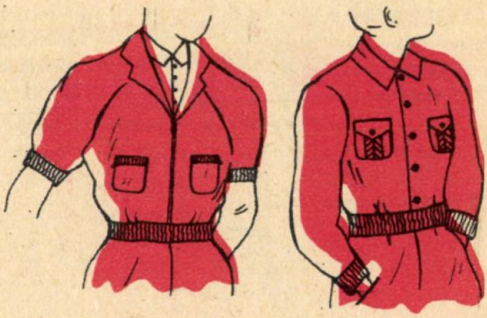




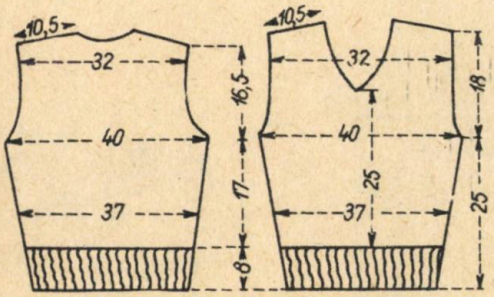
Pantalonaș pentru copil de 6—12 luni



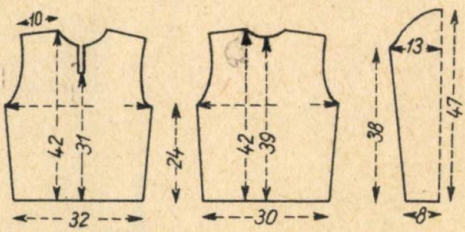
ru fetiță de 4 ani



Jachete sport pentru băieți de 8—14 ani

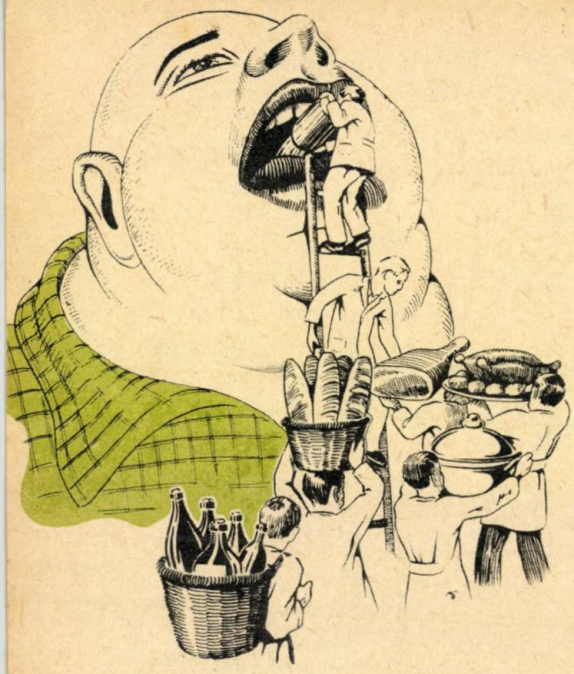


Tipar de pulovăr fără mînecă pentru fetițe de 12 ani



Tipar de pulovăr pentru băiat de 10—12 ani

N I C Ă P E N T R U C O P I I

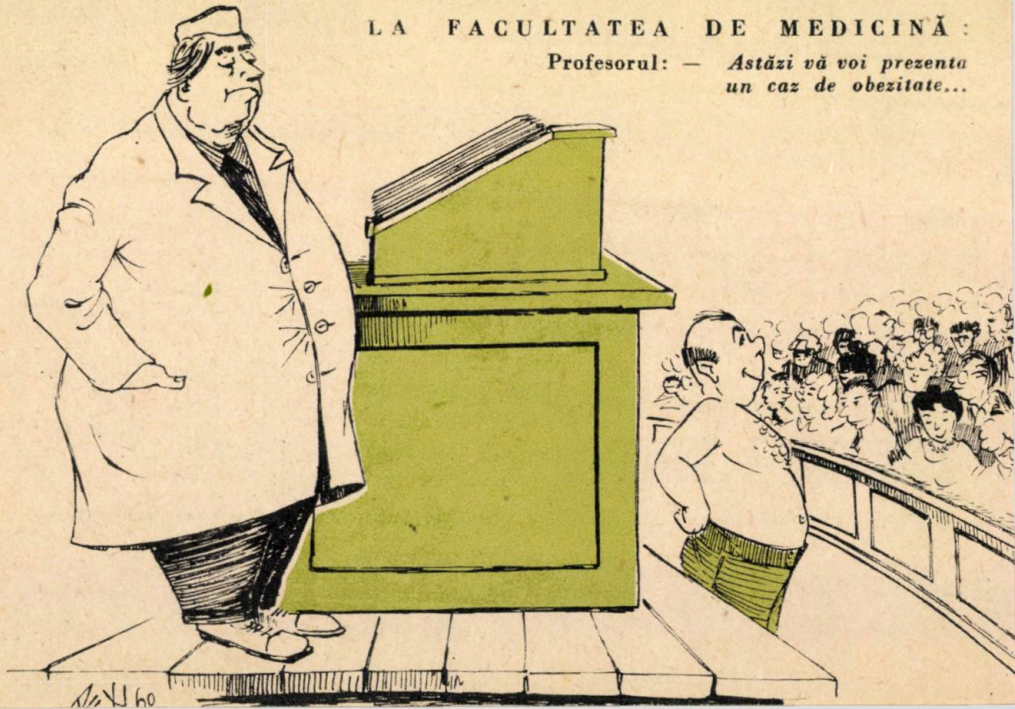


OBEZITATEA

În general, îngrăşarea peste măsură este cauzată de diferite dereglări ale funcţiei organismului şi duce ulterior la mărirea acestor tulburări ale armoniei biologice. Un organism normal, care îşi reglează ritmul biologic şi echilibrul ponderal, nu asimilează aporturile alimentare excedentare. El le elimină sau le arde (metabolizează) chiar într-o viaţă mai sedentară. Cea mai mare parte dintre obezi sînt mari „mîncători" (polifagi), tocmai fiindcă sînt obezi, adică este vorba de o dereglare nervoasă centrală sau endocrină (glandulară) iniţială ce cauzează şi este apoi întreţinută şi amplificată de aportul exogen respectiv, ca şi de tulburările care survin în ţesuturi, organe şi glande, prin supraîncărcare grăsoasă (lipidică).

Distonia (dizarmonia) dintre etajele superioare (scoarţa creierului şi etajul subcortical) şi glandele cu secreţie internă duce la tulburări în secreţia de fermenţi şi deci la lipsa de transformare a grăsimilor pînă la stadiul ultim de degradare. Se pot distinge adipozităţi totale, holoobezităţi (tisulare, cu poftă de mîncare mare, mai frecvente la bărbat) şi obezităţi interstiţiale sau hidro-adipoase (predomină în jumătatea inferioară a corpului, fără poftă de mîncare exagerată, mai frecvente la femei).

Obezităţile totale survin la bărbaţi, supraîncărcarea ponderală fiind repartizată pe tot corpul, ca grăsime şi proteine musculare. Sînt dinamice, cu metabolism rapid,



rezervele se absorb şi se reînnoiesc în ritm accelerat. Aparenţa de sănătate şi posibilitatea de efort (luptătorii japonezi) fac să se neglijeze dispneea (respiraţia rapidă) de activitate.

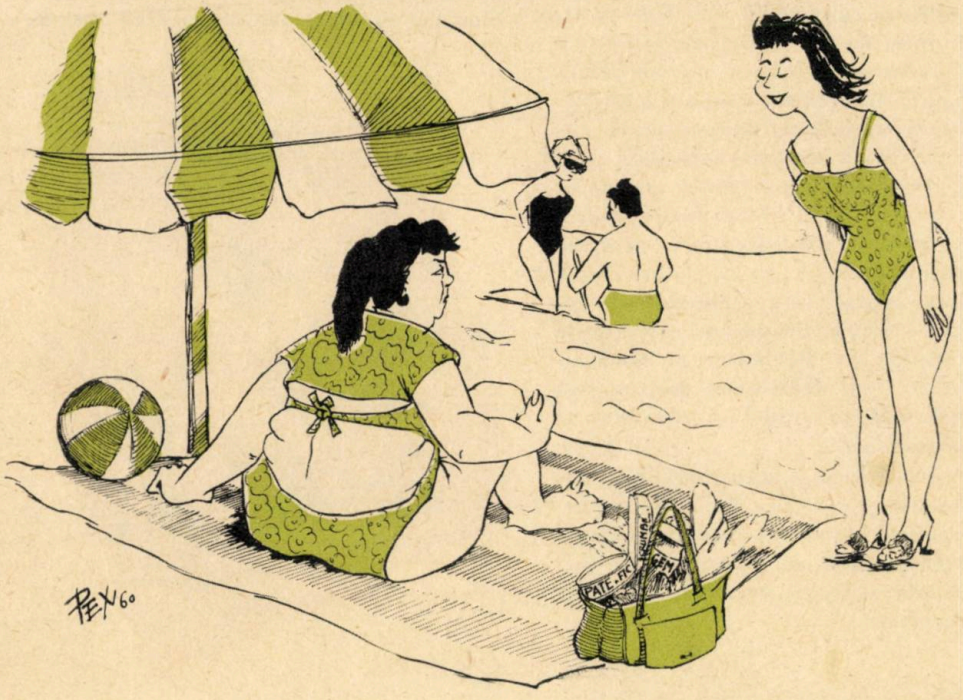
Tulburările arătate duc la hipersecreţie de insulină, care fixează grăsimea, şi la hipersecreţie a glandelor suprarenale, care fixează proteinele. Această „uzină devorantă" care funcţionează în ritm accelerat duce la depunerea grăsimilor la nivelul arterelor, cu apariţia arteriosclerozei, creşterea colesterolului, a hipertensiunii (cu riscurile acestor boli), la alterări sanguine, cu tulburări consecutive la nivelul ficatului şi rinichilor (creşterea viscozităţii sîngelui, a acidului uric, cu posibilitatea apariţiei gutei sau litiazei), diabet după prăbuşirea insulelor Langerhans din pancreas (celule care fabrică insulina), care sînt solicitate la maximum.

Obezităţile interstiţiale la femei corespund unei încetiniri a schimburilor, unei leneviri a metabolismului. Deşi nu este vorba de mîncare în exces, incitaţiile sistemului nervos (surmenaj fizic şi moral, griji, excitaţii) cresc obezitatea pe cînd destinderea şi repausul o fac să retrocedeze. Tulburările care decurg din dizarmonia dintre hipofiză şi ovar se mai manifestă, în afară de obezitate, şi prin alte modificări, ca laxitate ligamentară (cu torsiuni şi luxaţii consecutive), unghii sfărîmicioase, tulburări circulatorii ale extremităţilor, care sînt reci şi umede, cu vînătăi şi degerări la frig, cu tulburări ale ciclului menstrual. Uneori se asociază o respiraţie neregulată, oboseală a inimii, tulburări circulatorii venoase.

V-am semnalat toate aceste lucruri — poate mai dificile pentru înţelegerea unui nespecialist — tocmai cu scopul de a vă arăta că obezitatea este o boală şi că trebuie tratată aşa cum se tratează orice tulburare a organismului.

Tratamentul de fond pentru ambele forme cuprinde: un regim restrictiv, medicaţii adjuvante, fizioterapice şi cură cu ape minerale (fiecare caz beneficiază mai

— Ce faci? Ai venit la plajă ca să stai la umbră?
— Nu-mi plac, dragă, excesele!...



mult sau mai puțin de tratamentul aplicat, după caracteristicile formei respective, fapt care cere ca tratamentul să fie reglat de medic).

Regimul constă în suspendarea băuturilor alcoolice, a pîinii, biscuiților, prăjiturilor, zahărului, sării. Să nu se bea la masă, ci cu 20 de minute înainte de masă și 90 de minute după ingestia alimentară. Să se bea 1 l apă minerală diuretică pe zi, repartizată uniform. Să se evite regimurile bogate în grăsimi și proteine, ouăle, și să se mănînce cît mai multe crudități (fructe, legume), carne slabă, brînză, iaurt, ceaiuri.

Medicamentele, care se pot administra numai sub supraveghere medicală, pot activa metabolismul și diureza, ca extractul tiroidian în doze de 20—30 cg pe zi (numai la cei cu inima normală). Nu se administrează prelungit sau în doză mai mare, pentru că există pericolul de dereglare glandulară sau diabet. Se pot adăuga depurative, diuretice tonicardiace, medicamente anorexigene (care scad pofta de mîncare), hiposulfit de colină 0,50 g, de 3 ori pe zi, înainte de mese, oligoelemente. Ca fizioterapie se folosesc sudația și masajul, dacă există un bun echilibru cardio-circulator. Gimnastica de întreținere a suppleței articulare și a elasticității organismului are efecte remarcabile. În obezitățile hidroadipoase, electroterapia centrală transhipofizară sau locală are efecte bune. Curele cu ape minerale de dezintoxicație și depurare, ca și curele termale de destindere și reechilibrare, sînt folositoare pentru toți bolnavii cu tulburări nervoase și glandulare.

În orice caz, tratamentul are particularități specifice după fiecare organism și orice tratament ce se începe trebuie făcut sub supraveghere medicală, pentru a avea cele mai bune rezultate.

TRAUMATISME MICI-
EFECTE MARI!

Traumatismul profesional? O nouă boală în industrie? Nu. Nicidecum. Este numai expresia medicală care se întrebuințează pentru a desemna efectul diverșilor factori ai mediului extern, legați de condițiile locului de muncă, care acționează brutal și subit asupra corpului omenesc.

Deci, în traumatismele profesionale se încadrează toate accidentele care apar în urma muncii la mașini, strunguri, diferite aparate etc., precum și accidentele legate de diferite forme ale transportului. Traumatismele profesionale pot apărea în urma a diferiți factori: mecanici, termici, chimici sau electrici, și pot îmbrăca forme diferite: tăieri, zdrobiri, arsuri, fracturi, pătrundere de corpi străini în ochi etc.

Desigur că există diverse grade de traumatisme. Astfel pot exista traumatisme mari, serioase, cum ar fi fracturarea unui braț sau pierderea vederii, însă astăzi aceste traumatisme, datorită grijii deosebite care se acordă protecției muncii, în țara noastră, ele constituie raritați sau sînt în număr foarte mic.

Munca în sine nu este primejdioasă, în cazul cînd muncitorul respectă regulile securității muncii, cînd utilajul este bine întreținut și controlat, cînd munci-

torul are o calificare tehnică corespunzătoare muncii respective şi respectă procesul de producţie.

Cele mai frecvente traumatisme în industrie sînt însă traumatismele mici, care la prima vedere par fără importanţă.

Iată cîteva exemple:

Strungul merge în plin. Muncitorul îl întrerupe pentru a schimba cuţitul, apoi, grăbit, repune maşina în funcţiune, fără să-şi pună ochelarii de protecţie sau viziera protectoare pentru ochi. O mică aşchie de metal îi sare în ochi şi... iată un traumatism. El poate fi fără consecinţe, în cazul că muncitorul respectiv se prezintă de îndată la cabinetul medical de întreprindere, însă poate să provoace tulburări destul de serioase, în cazul în care muncitorul pune mîna murdară la ochi, se freacă şi aşchia, în loc să fie scoasă, irită ţesutul respectiv, producînd complicaţii ce pot periclita chiar vederea.

Lemnul uscat aşezat în stive aşteaptă să fie transformat în mobilă. Muncitorul îl măsoară cu grijă şi apoi îl pune la ferăstrăul mecanic, pentru a fi tăiat în bucăţi. O mică nebăgare de seamă, un gest neatent, şi pînza ferestrăului a rănit mîna muncitorului. O tăietură obişnuită, aşa cum se poate întîmpla fiecăruia dintre noi; dar acest fapt poate avea uneori urmări dintre cele mai neplăcute, dacă nu i se acordă atenţia şi îngrijirile cuvenite.

Mîna muncitorului se poate infecta, infecţia se poate întinde, necesitînd un tratament îndelungat, cu internarea în spital, eventual intervenţie chirurgicală şi pierderea temporară a capacităţii de muncă, pe un timp destul de lung.

Iată de ce este necesar ca fiecare muncitor să stăpînească perfect maşina la care lucrează, cunoscînd, atît funcţionarea ei, cît şi pericolul de accidente pe care-l reprezintă, precum şi modul de evitare a acestora.

De asemenea, în caz de traumatisme, muncitorul trebuie să ştie să-şi facă sau să facă tovarăşului său de muncă un pansament corect, chiar la locul de lucru, pentru a evita complicaţiile şi pentru a uşura munca ulterioară la punctul sanitar sau policlinică. Un astfel de ajutor sanitar reciproc, în cazul traumatismelor, poate duce la reducerea simţitoare a efectelor ulterioare.

Respectarea măsurilor de protecţie a muncii, corecta manipulare a maşinilor în timpul muncii, pot duce la înlăturarea traumatismelor mici.

Traumatisme mici..., dar care uneori pot avea efecte mari!

PRIMUL AJUTOR

ÎN FRACTURI

Fracturile (rupturile) oaselor sînt accidente relativ frecvente. Le întîlnim ca accidente de stradă, sportive (la săritori etc.), profesionale (la zidari, şoferi).

Fracturile pot fi închise (cînd nu se asociază cu o rană în regiunea fracturată, prin care să se vadă fragmentele osoase) sau deschise (cînd se asociază cu rană).

Primul lucru pe care îl vom face în cazul unei fracturi va fi imobilizarea membrului fracturat pe o suprafaţă dură (scîndură, carton gros) şi fixarea lui de această suprafaţă, cu batiste, feşi etc., fără a strînge legăturile prea tare. Dacă nu avem la dispoziţie atele improvizate, ne vom mulţumi cu suspendarea membrului (de exemplu, o eşarfă în jurul gîtului, în cazul fracturilor membrului superior). Ne vom abţine de a face manevre de îndreptare a segmentelor fracturate, deoarece putem răni vase sanguine sau nervi importanţi.

În cazul fracturilor de coloană vertebrală, bolnavul va fi culcat cu faţa în jos, pe o scîndură, şi transportat astfel, fără a fi zdruncinat.

Pentru transportul celor accidentaţi la coloana vertebrală putem improviza tărgi din scînduri, ramuri de copac împletite, pînze de cort sau pardesie, paltoane încheiate, prin mînecile cărora vom trece două scînduri, ţevi sau ramuri groase de copac.

Aceleaşi tărgi sau scăunelul format prin încrucişarea mîinilor a 2 persoane pot fi folosite pentru transportul bolnavilor cu fracturi ale membrelor inferioare.

Vom avea grijă ca, în cazul fracturilor deschise, să transportăm bolnavul în mai puţin de 6 ore la un spital unde să i se dea ajutorul medical calificat.

În general, este recomandabil să nu supunem bolnavii fracturaţi la manevre inutile, să nu încercăm să-i deplasăm, pentru a nu le accentua durerea. Dacă nu sînt leziuni asociate abdominale (contuzii, plăgi) se poate administra o injecţie de morfină, chiar la locul accidentului, pentru a le calma durerea. Indicaţia aceasta trebuie dată de personalul sanitar.

ÎN INSOLAŢIE

Insolaţia este una dintre cele mai frecvente afecţiuni întîlnite în sezonul de vară, la ştranduri, mare, şantiere, munci agricole.

Ea se datoreşte acţiunii radiaţiilor solare asupra capului descoperit, care influenţează direct creierul şi învelişurile sale (meningele) şi se manifestă prin congestia feţei, ameţeli, dureri mari de cap, vărsături, pierderea cunoştinţei, hemoragii din nas.

În acest caz, în primul rînd vom transporta bolnavul într-un loc răcoros (nu rece!) şi-l vom dezbrăca de tot. Îl vom înveli apoi în cearşafuri ude, la temperatura camerei. Este necesar ca spaţiul din jurul bolnavului să fie cît mai larg. În acest sens nu vom permite aglomeraţia în jurul său.

În sfîrşit vom plasa pe frunte, faţă, comprese reci, dacă este posibil chiar o pungă cu gheaţă pe cap. Cînd bolnavul îşi revine, va putea înghiţi cu linguriţa apă sărată şi răcită (2 linguriţe rase de sare la 1 l apă). Vom cere apoi ajutorul medicului de specialitate, în vederea eventualei continuări a tratamentului.

apa și sarea în organism

Viața s-a născut în apă, aceasta este concepția savanților care se ocupă cu studiul originii vieții pe pămînt. Într-adevăr, apa, prin proprietățile sale fizico-chimice, a permis desfășurarea reacțiilor prin care au luat naștere primele particule de substanță vie. Totodată putem afirma că apa este substanța necesară oricărui organism viu, plantă sau animal, unicelular sau pluricelular, ea servind drept mediu ce favorizează producerea energiei necesare vieții și procesele de sinteză prin care se refac diversele țesuturi și organe.

Apa solubilizează majoritatea sărurilor minerale, ducînd la desfacerea lor în ioni (particule încărcate cu sarcini electrice pozitive sau negative), cu care ea poate reacționa, datorită caracterului ei dipolic (ea este alcătuită din ioni de H^+, care pot reacționa cu ioni încărcați cu sarcini negative, și din ioni de OH^-, care pot reacționa cu ioni încărcați cu sarcini pozitive, lucru care apare mai evident în schema alăturată). Această proprietate a apei explică cu suficientă tărie existența marelui număr de reacții biochimice ce se pot desfășura într-un mediu apos.

Apa are, de asemenea, o mare capacitate calorică și o căldură specifică constantă. Aceste proprietăți îi permit apei din organismul uman, de pildă, să contribuie la menținerea constantă și uniformă a temperaturii, pe de o parte, ea transportînd excesul de căldură produsă de un anumit organ în altă parte a corpului, cu o temperatură mai scăzută, iar pe de altă parte, prin evaporarea sa de la suprafața pielii (prin transpirație) pierzîndu-se o mare parte din căldura produsă în exces în timpul stărilor febrile sau în urma unor eforturi fizice mai mari.

În organismele vii, apa are și rolul deosebit de important de a favoriza reacțiile enzimatice, știut fiind că multe enzime (fermenți) nu sînt active decît în prezența apei.

Am considerat necesar să arătăm pe scurt aceste proprietăți ale apei, pentru ca relatările noastre privitoare la rolul ei vital să nu pară hazardate, ci, cît mai verosimile.

Este îndeobște cunoscut faptul că omul suportă lipsa de apă mult mai greu decît pe cea de alimente; ba mai mult, nu numai că setea este mai supărătoare decît foamea, dar durata timpului cît omul poate rezista în viață fără apă este de 2—3 ori mai mică decît cea a perioadei de nealimentație completă.

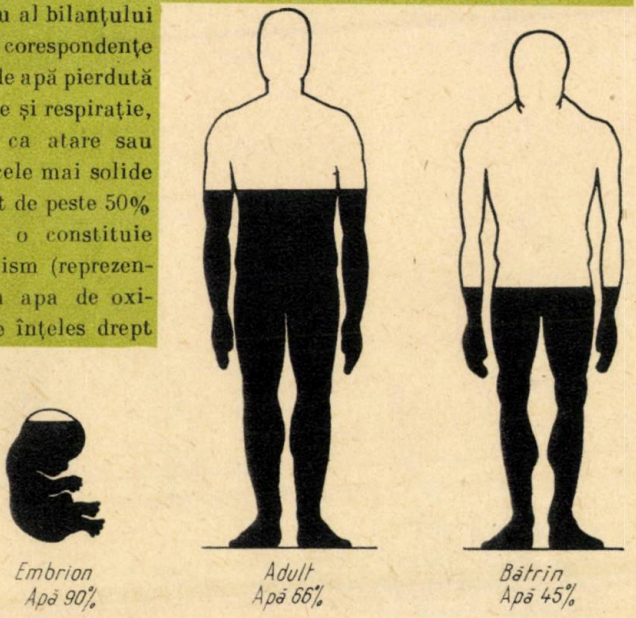
Un alt fapt care ilustrează rolul important al apei este și marele conținut în apă al corpului omenesc. Astfel, embrionul uman are 90% din greutatea sa corporală reprezentată de apă, omul adult 66%, iar bătrînul 45%. Compararea acestor procente vădește, pe de o parte, marele conținut în apă al embrionului, organism în dezvoltare, cu intense reacții de sinteză a substanței vii, iar pe de altă parte, cifra mai mică a conținutului în apă al bătrînului ne-ar putea sugera că procesul de îmbătrînire ar putea fi privit, din acest punct de vedere, ca un proces de deshidratare.

Este interesant de reținut concentrația apei în diversele țesuturi și organe. Astfel, proporția cea mai mare de apă o atinge substanța nervoasă cenușie (85%), pe cînd cea mai mică nu o întîlnim în cazul osului (30%), ci în cel al țesutului gras (20%).

Procentele de mai sus se referă numai la apa liberă din organism, adică la apa care se găsește ca atare, fie în interiorul celulelor (apa intracelulară, care constituie 45% din greutatea corporală), fie în afara lor, în vasele de sînge (plasma 4%) sau în interstiții (lichidul interstițial și limfa 15%).

Între diferitele compartimente ale apei libere există o strînsă legătură, fiind posibile schimburi relativ intense.

În afară de apa liberă, în organism de asemenea se găsește și apă de constituție, în structura proteinelor, grăsimilor și glucidelor, din care poate fi pusă în libertate prin diverse reacții chimice. În vederea funcționării normale a organismului este necesar un echilibru al bilanțului hidric, în sensul păstrării unei corespondențe cît mai bune între cantitatea de apă pierdută prin urină, fecale, transpirație și respirație, și cantitatea de apă ingerată ca atare sau o dată cu alimentele (chiar cele mai solide alimente pot avea un conținut de peste 50% în apă). O altă sursă de apă o constituie și reacțiile chimice din organism (reprezentate în schema alăturată prin apa de oxidație). Acest echilibru trebuie înțeles drept necesitatea ingerării unei cantități mai mari de apă în cazul unor pierderi exagerate (de exemplu prin transpirație sau prin scaune diareice) și invers.



Procentul de apă în organism la diferite vîrste.

În cazul producerii unui dezechilibru hidric se pot produce tulburări mari, fie că este vorba de o deshidratare (aportul este mai mic decît pierderea; în acest caz se produce o scădere a tensiunii arteriale, pulsul devine frecvent, temperatura corpului crește, senzația de sete devine chinuitoare), fie că este vorba de o intoxicație cu apă (aportul depășește pierderea; într-o asemenea situație se pot produce de asemenea tulburări grave: scăderea temperaturii corpului, vărsături, convulsii, pierderea cunoștinței).

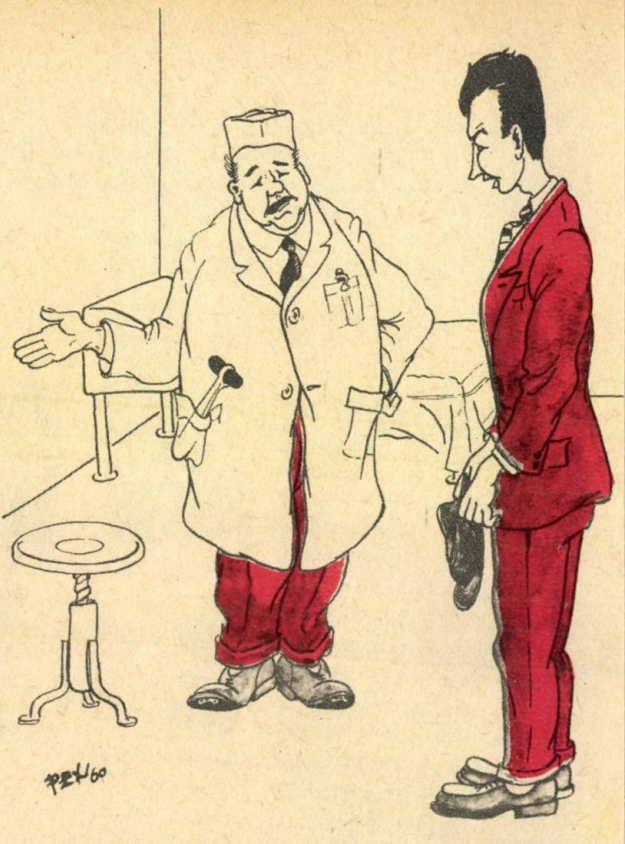
Strîns legată de problema rolului apei în organism este și cea privitoare la sare. Sarea de bucătărie (clorura de sodiu) este una dintre substanțele cele mai necesare bunei funcționări a organismului, avînd în vedere importantul său rol în menținerea echilibrului hidric (sarea reține apa în corp), în menținerea echilibrului acido-bazic, ea contribuind la combaterea tendințelor de deviere către acidoză (creșterea substanțelor acide din organism) sau către alcaloză (creșterea substanțelor bazice — alcaline — din corp) și la menținerea presiunii osmotice (presiune care este dată în cea mai mare proporție tocmai de către această substanță).

Ținînd seama de obișnuința omului, transmisă din generație în generație, de a consuma alimentele *sărate*, cît și de larga răspîndire în natură a acestei substanțe, pericolul unor tulburări produse de lipsa ei în organism apare numai în cazul în care ea se pierde în exces, prin vărsături, diaree, transpirații mari, boli infecțioase etc. Cantitatea de sare permisă în caz de boală poate fi mult mai mică decît cea obișnuită, mai ales dacă e vorba de bolnavi care au edeme mari sau suferă de inimă.

Din cele cîteva aspecte relatate se poate vedea cît de necesară este menținerea unui consum adecvat de apă și de sare, substanțe care, pe cît sînt de necesare, pe atît pot fi de dăunătoare în cazul unui aport ce nu ține seamă de necesități, întrucît — deși organismul posedă numeroase reacții de adaptare — totuși orice dezechilibru hidro-salin poate fi urmat de tulburări dintre cele mai grave.

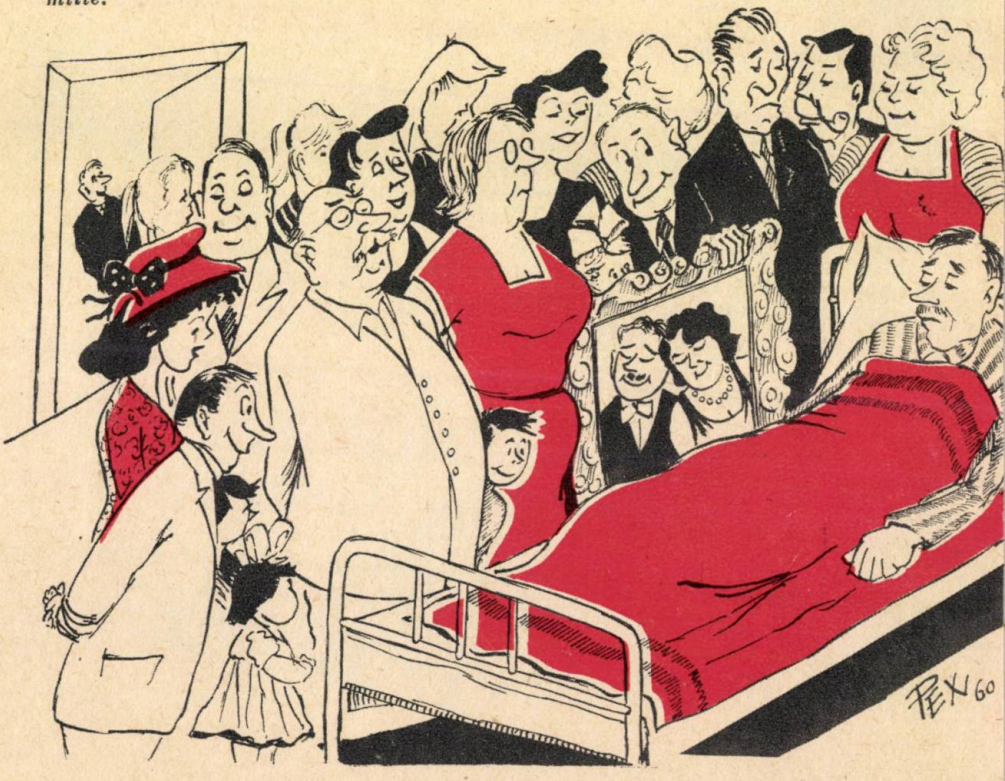
— *Cum ți-ai putut neglija într-o așa măsură sănătatea?*
Ce profesie ai dumneata?
— *Sînt ... medic!*

UMOR



VIZITA LA SPITAL

— *Nae și Ancuța sînt plecați din oraș, dar noi am ținut ca astăzi să nu lipsească nimeni din familie.*



Antrenamentul sportivilor începe de timpuriu!

EXERCIȚII FIZICE PENTRU COPII

Exercițiile fizice asigură sănătatea copilului i dezvoltarea lui armonioasă.

Ca să-și atingă scopul, ele trebuie făcute :i de zi, cu regularitate, gradate treptat și adaptate la particularitățile de vîrstă și individuale ale copilului.

Exercițiile fizice se execută de preferință în aer liber sau în camere cu ferestrele deschise. Iarna, ele se fac într-o cameră care în prealabil a fost bine aerisită.

Exercițiile se execută într-un ritm uniform și lent, cu mișcări sigure și liniștite.

Începeți totdeauna exercițiile cu mișcări de respirație adîncă și intercalați asemenea mișcări după fiecare exercițiu.

Exercițiile se fac înainte de masă și pe cît posibil totdeauna la aceleași ore.

Creați o atmosferă de bună dispoziție în timpul exercițiilor. Însoțiți mișcările de cîntec.

Înainte de a începe aplicarea exercițiilor fizice trebuie cerut totdeauna sfatul medicului.

EXEMPLE DE EXERCIȚII FIZICE PENTRU DIFERITE PERIOADE DE VÎRSTĂ:

ÎNTRE 1 și 3 ANI

1. Întinderea brațelor înainte și lateral; înainte și în sus (copilul este în poziție șezîndă și ține în fiecare mînă cîte un inel de lemn cu ajutorul cărora imprimăm mișcările).

2. Mișcări circulare cu brațele (tot cu ajutorul inelelor).

3. Îndoirea membrelor inferioare, întinse din încheietura șoldului (copilul e culcat pe spate pe o suprafață tare; sprijinim călcîiele copilului pe inelul pe care îl întindem).

4. „Bicicleta" (copilul este culcat pe spate: îndoim și dezdoim alternativ membrele inferioare).

5. Exercițiul de culcare—așezare—ridicare (copilul este culcat pe spate, se ridică în șezut și apoi în picioare, susținîndu-se de inelul pe care-l întindem).

6. Aplecarea trunchiului (copilul este în picioare; se apleacă să ridice o jucărie; sprijinim genunchi ca să nu se îndoaie).

7. Tîrîre și mers în patru labe.

8. Mersul cu mîinile întinse lateral pe o scîndură așezată pe podea.

9. Sărituri de pe o bancă scundă (8—10 cm) sau peste o vergea așezată pe podea.

ÎNTRE 4 și 6 ANI

1. Ridică încet brațele lateral (inspirație) și le coboară în jos (expirație).

2. Bate palmele deasupra capului.

3. Se lasă pe vine, ținîndu-se cu mîinile de speteaza unui scaun.

4. Se întinde să atingă, cînd cu o mînă, cînd cu alta, un ac înfipt în pervazul ușii, la o oarecare înălțime.

5. Aleargă dînd din braţe ca „porumbelul".

6. Sare peste un obstacol pus pe podea, cu ambele picioare deodată, aterizînd cu genunchii îndoiţi.

7. Aleargă, pufăind ca locomotiva, împingînd alternativ înainte şi înapoi braţele îndoite din coate.

8. Merge în echilibru pe o scîndură înălţată cu cîţiva cm deasupra podelei.

9. Se joacă cu mingea, lovind-o de podea.

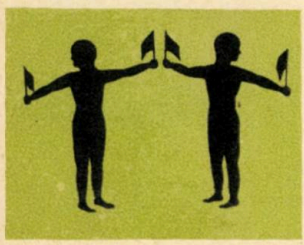
INTRE 6 şi 8 ANI

1. Merge „ca barza", cu genunchii ridicaţi cît mai sus.

2. Se lasă pe vine, pe toată talpa.

3. Şezînd turceşte, ridică mingea deasupra capului şi se apleacă apoi înainte şi o pune pe podea.

4. Sare de 2 ori pe un picior, de 2 ori pe celălalt



5. Ţine în fiecare mînă cîte un steguleţ. Întinzînd braţele lateral, întoarce capul, cînd într-o parte, cînd în alta.

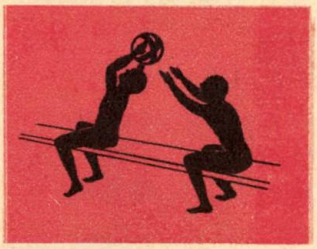
6. Ţinînd braţele de-a lungul corpului, ridică cît poate mai sus, cînd un steguleţ, cînd celălalt.

7. Filfiie deasupra capului ambele steguleţe.

8. Stînd în picioare, ridică cît mai sus, cînd un genunchi, cînd celălalt, şi, aplecînd trunchiul, îi atinge pe rînd cu fruntea.

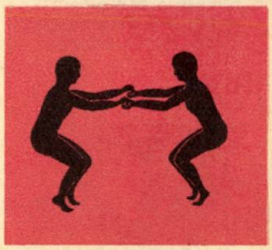
9. Stînd în picioare cu mîinile în şolduri, întoarce trunchiul, cînd la dreapta, cînd la stînga ridicînd braţele lateral.

10. Stînd cu picioarele depărtate, braţele ridicate şi mîinile împreunate deasupra capului, se apleacă, coborînd şi braţele.



11. Se joacă cu mingea. Stînd călare pe o bancă şi ţinînd mingea cu ambele mîini, o ridică cît mai sus deasupra capului şi o trece copilului din spatele său.

12. Ţinîndu-se de mînă, 2 cîte 2, copiii se lasă pe vine simultan.



8—10—12 ANI

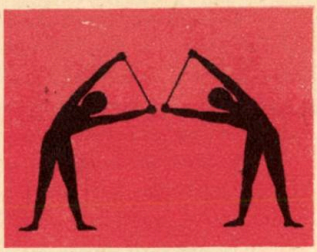
1. Ridicînd cît mai sus, cînd un genunchi, cînd celălat, bate palmele sub fiecare.

2. Culcat pe spate, cu braţele întinse lateral, ridică, cînd un picior, cînd celălalt, şi-l atinge cu mîinile.

3. Stînd în patru labe, ridică lateral, cînd un braţ, cînd celălalt.

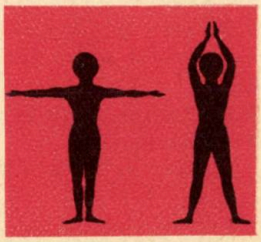
4. Stînd în picioare, cu faţa la perete, apleacă trunchiul înainte ridicînd piciorul stîng şi întinzînd mîna dreaptă înainte, pînă ce atinge peretele. Procedează apoi la fel cu piciorul drept şi mîna stîngă.

5. Stînd cu picioarele uşor depărtate, cu braţele coborîte şi ţinînd în spate o coardă, ridică braţele deasupra capului, întinzînd coarda între ele.



6. Întinzînd coarda deasupra capului, apleacă alternativ trunchiul la dreapta şi la stînga.

7. Stînd cu picioarele apropiate, cu braţele întinse înainte, se lasă pe vine, ridicînd braţele în sus.



8. Stînd în picioare, cu braţele ridicate lateral, depărtează picioarele prin săritură, cu bătaia palmelor deasupra capului.

9. Sare peste coardă cu ambele picioare deodată.

MASAJUL LA COPII

Masajul se aplică sistematic la copiii sănătoşi, numai pînă la vîrsta de 12—14 luni. După această vîrstă, el se foloseşte sub formă de masaj general sau parţial numai în cazul unor indicaţii speciale: sechele de poliomielită, pareze, distrofii musculare, deformaţii scheletice, picior plat, constipaţie etc.

Masajul general începe cu membrele superioare şi se continuă cu toracele, abdomenul, membrele inferioare şi spatele.

Dintre procedeele de masaj care pot fi folosite la copii, „netezirea" constituie procedeul de bază: cu el trebuie să înceapă şi să se încheie orice şedinţă. Acest procedeu este cu deosebire indicat pentru copiii hipotrofici, pentru cei cu excitabilitate crescută, ca şi în cazurile de meteorism.

„Netezirea" se execută cu palma, cu vîrful degetelor mari sau cu faţa palmară a degetului mare (se vor evita apăsările puternice la încheieturi).

„Fricţiunea" este folosită în special în cazurile de îmbolnăviri ale aparatului stato-motor. Prin fricţiuni se acţionează la început asupra straturilor superficiale şi apoi şi asupra celor din adîncime. În cazul acesta mişcarea se poate face nu numai în sensul circulaţiei, ci şi în sens invers, sau prin mişcări circulare executate cu vîrful unuia sau mai multor degete. Pe suprafeţe mari se poate lucra cu toată palma.

„Frămîntarea" este indicată în special în cazurile de rahitism şi distrofie, însoţite de miopatii. Mişcările spiraliforme se execută ritmic, cu degetul mare şi cu arătătorul sau cu palma întreagă.

„Tapotamentul" se aplică mai rar, numai pe părţile bogate în muşchi şi numai la copiii eutrofici. Se evită totdeauna regiunea renală.

„Vibraţia" este folosită numai în cazurile de cifoză rahitică.

O condiţie generală pentru executarea masajului o constituie relaxarea completă, nu numai a muşchilor ce urmează să fie masaţi, ci şi a întregului corp. Poziţia copilului în timpul masajului va fi orizontală (culcat pe abdomen sau pe spate).

Durata unei ședințe de masaj nu trebuie să depășească 3—5 minute la începutul tratamentului și 10—15 minute după ce copilul s-a obișnuit cu el. Intensitatea procedeelor va fi în general moderată și excesiv de moderată și lină la sugarii mici, ca și la rahiticii al căror sistem muscular și ligamentar este foarte fragil. Ritmul masajului trebuie să fie continuu, uniform și liniștit.

Ședințele de masaj se execută zilnic. La cel mai mic semn de neplăcere din partea copilului (scîncet, pierderea bunei dispoziții), masajul va fi întrerupt. La sugarii mici, masajul se aplică numai o dată la 2 zile.

În general nu se aplică nici vaselină nici talc. Înainte de masarea fiecărui copil, mîinile vor fi spălate cu apă caldă și săpun și bine șterse. Mîinile celui care masează trebuie să fie uscate, calde, iar unghiile tăiate scurt.

Pentru copiii care transpiră mult se poate folosi totuși talcul, iar pentru cei cu pielea uscată, vaselina sterilă.

Camera în care se face masajul trebuie să fie în prealabil bine aerisită. Temperatura aerului trebuie să fie de 20—22 de grade.

Vara masajul se poate executa și în aer liber, la umbră (temperatura 20—22°), într-un loc ferit de curenți.

UMOR

Mîncați puțin, nu beți lichide multe, nu consumați alcool și cafea și veți atinge 90 de ani...
— Am trecut de 92! Ce trebuie să fac de-acum încolo?

Septembrie

L		4	11	18	25
M		5	12	19	26
M		6	13	20	27
J		7	14	21	28
V	1	8	15	22	29
S	2	9	16	23	30
D	3	10	17	24	

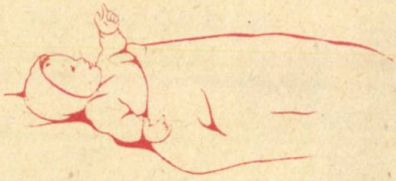
Ce e rău și ce e bine!

RĂU

BINE

Copilul îmbrăcat prea gros transpiră mult, pielea se irită, corpul răcește ușor. Efectul obținut este tocmai cel pe care nu-l dorim: îmbolnăvirea copilului.

Sugar îmbrăcat cu 2—3 scufițe, 2—3 pieptăraşe, acoperit cu multe pături.



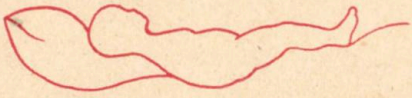
Sugar îmbrăcat corect: o singură scufiță, o cămăşuță plus pieptăraş, o singură cuvertură.

Lăsați corpul copilului liber, să se miște în voie. Nu stînjeniți mișcările și circulația sîngelui prin legături strînse. Picioarele strîmbe sînt urmarea unei boli (rahitismul) și nicidecum a nelegării picioarelor.

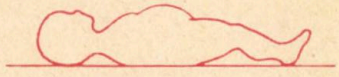
Sugar înfăşat gen mumie, cu mîinile în scutece şi faşă strînsă în jurul corpului; copilul plînge.

Sugar corect înfăşat, cu mîinile libere; copilul rîde.

Este cu totul nesănătos pentru copii să se odihnească pe pernă de puf sau saltea de lînă, care permite deformarea oaselor corpului și favorizează transpirația, iritînd pielea.



Sugar culcat pe saltea şi pernă moale, care au luat forma corpului.



Sugar culcat pe saltea tare, fără pernă.

RĂU

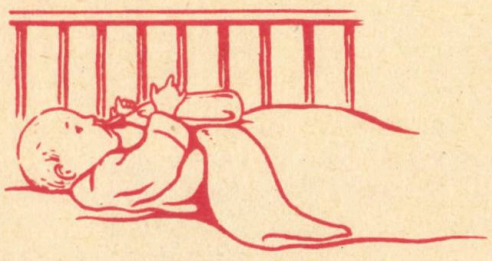
BINE

Alăptarea durează 20 de minute, timp destul de lung pentru ca, atît mama, cît și copilul să obosească, dacă poziția corpului nu este comodă și mușchii relaxați; copilul obosit adoarme, nu mănîncă suficient și scade în greutate.

Mamă stînd pe un taburet cu spatele îndoit, copilul pe genunchi.

Copil alimentat la biberon, în poziție corectă.

Este cu totul greșit a hrăni în felul acesta copilul. Nesupravegheat, el se poate îneca; laptele pătrunzînd în căile respiratorii, copilul se sufocă. Chiar dacă nu survine acest accident, o dată cu laptele, dacă nu se respectă poziția corectă a biberonului (gîtul sticlei plin în întregime cu lapte), copilul înghite foarte mult aer; acesta îi dilată stomacul și provoacă colici dureroase sau vărsături.



Copil alimentat la biberon, culcat pe spate în pat, cu biberonul așezat pe piept.

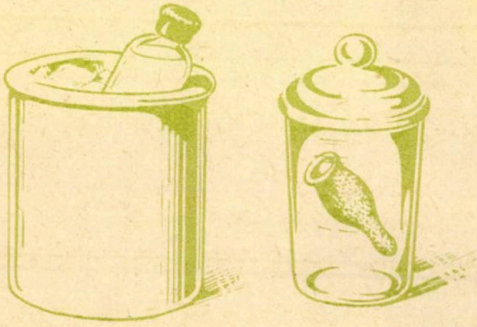
Poziție corectă de alăptare, pe scaun.

RĂU

BINE

Nerespectarea regulilor elementare de igienă poate duce copilul mic la îmbolnăviri grave. Muştele transmit microbii multor boli, iar laptele păstrat la căldură se alterează uşor.

Biberonul aşezat pe masă, pe jumătate plin, înconjurat de muşte.



Biberonul astupat cu tetină în formă de dop, aşezat la gheaţă; alături, un vas acoperit care conţine tetina fiartă.

E suficient de cald laptele copilului? Da! Şi acum este şi suficient de infectat cu microbii din gura voastră. Nenumărate sînt bolile care pot apare în urma acestor neglijenţe. Urmările lor se vor resimţi mult timp în dezvoltarea copiilor.

Mamă care gustă din biberon.

Mamă care picură pe faţa internă a antebraţului lapte din biberon.

• RĂU •

• BINE •

Mîna, de care ne servim în toate treburile casei, are pielea îngroşată. Pielea fină a copilului este mult mai sensibilă, astfel încît acest mod de încercare a temperaturii apei din baie este total greşit: riscăm, dacă nu să opărim copilul, în orice caz să-i provocăm senzaţii neplăcute, pe care nu le va uita uşor şi care-l vor face pentru mult timp să-i fie frică de apă.

Mamă care încearcă temperatura apei din baie cu mîna.

Încercarea apei cu cotul.

Nu folosiţi niciodată, pentru curăţirea nasului şi urechilor copilului, vată înfăşurată pe obiecte tari. Pielea şi mucoasele delicate ale copilului se rănesc şi se infectează cu mare uşurinţă.

Mamă aplecată deasupra copilului, în mînă cu un beţişor care e înfăşurat la capăt cu puţină vată.

Aceeaşi poziţie, însă vata este răsucită în formă de fitil, fără beţişor.

• RĂU •

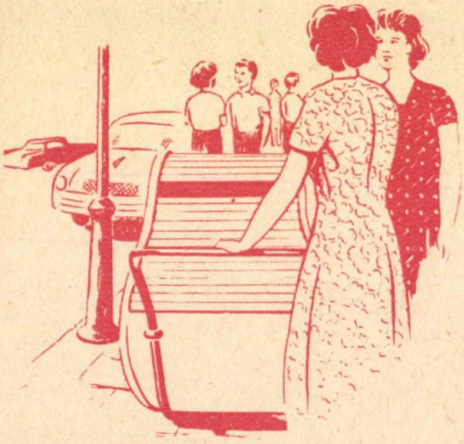
• BINE •

Nu schimbați copilul decît cu scutece curate, spălate, fierte și călcate. Obiceiul de a usca scutecele murdărite de urină și a le refolosi, fără a le spăla, este dăunător sănătății copilului; acestea irită pielea și favorizează infecțiile.

Copil cu partea inferioară a corpului descoperită.
Mamă care ridică de pe frînghie un scutec mototolit.

Copilul în aceeași poziție: mamă care ia un scutec dintr-un vraf, frumos împăturit.

Scopul scoaterii copilului la plimbare este tocmai ca acesta să beneficieze de acțiunea binefăcătoare a aerului curat. Este inutil să-l scoateți afară, dacă împiedicați copilul să respire liber.



Mamă care împinge un cărucior în aglomerație.
Mamă care se plimbă cu căruciorul aproape complet închis.

Mamă plimbîndu-se cu căruciorul într-o alee izolată.
Mamă care se plimbă cu căruciorul larg deschis; fața copilului este liberă.

• RĂU •

• BINE •

Acțiunea binefăcătoare a razelor solare poate fi de-a dreptul dăunătoare, dacă nu se iau anumite măsuri de protecție. Ținerea copilului cu capul descoperit în soare poate provoca apariția unor tulburări grave în organism, care se manifestă prin febră, vărsături, somolență, diaree.

Copil ținut la soare, cu capul gol.

Copil în aceeași poziție, cu capul acoperit cu o pălărie cu bor.

LAPTELE MATERN ASIGURĂ DEZVOLTAREA NORMALĂ A COPIILOR

Sa spus pe drept cuvînt că „laptele și dragostea de mamă nu pot fi înlocuite niciodată".

Natura, în marea ei măiestrie, oferă puiului tuturor animalelor imediat după naștere cel mai de preț și mai complet aliment, laptele, care să-i asigure buna dezvoltare și creșterea normală. Omul, ființa superioară, nu a fost nici el privat de acest excelent aliment pînă în prezent de neînlocuit.

Laptele de femeie reprezintă combinația cea mai perfectă, adecvată cerințelor de creștere și dezvoltare a copilului. De aceea, trebuie depuse toate eforturile pentru a se asigura laptele matern, cel puțin în primele 5—6 luni ale vieții copilului.

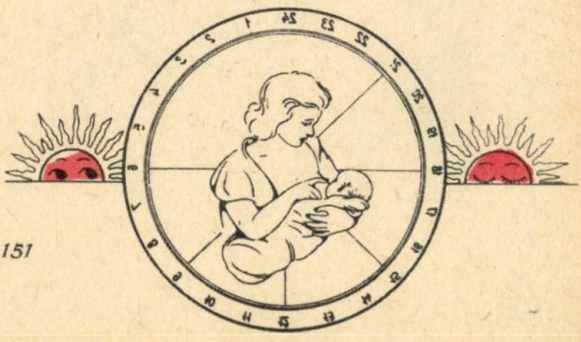
Care sînt proprietățile deosebite ale laptelui de femeie, care-l fac indispensabil bunei dezvoltări a copilului?

Prima lui calitate și cea mai importantă este că reprezintă un *aliment viu*, pe care copilul îl primește nemijlocit de la sînul mamei, ferit de microbii producători de boli și la temperatura cea mai potrivită (37°), aceea a corpului mamei.

Pe de altă parte, laptele matern este bine potrivit, din punct de vedere biologic și al compoziției chimice, nevoilor sugarilor.

Principalii componenți de bază ai laptelui: substanțele proteice (albumine), grăsimile și zahărul (lactoza) se află într-o proporție ideală pentru a putea acoperi cerințele sugarului și anume la o parte albumină sînt 2 părți grăsimi și 4 părți lactoză, ceea ce permite perfecta lui întrebuințare de către

Orarul alăptării.



organismul copilului. În afară de aceste elemente de bază, laptele matern mai conține: săruri minerale, vitamine, fermenți, anticorpi, imunizine etc., care asigură dezvoltarea armonioasă a copilului și îl apără de boli, întărind imunitatea (puterea de apărare) cu care copilul se naște.

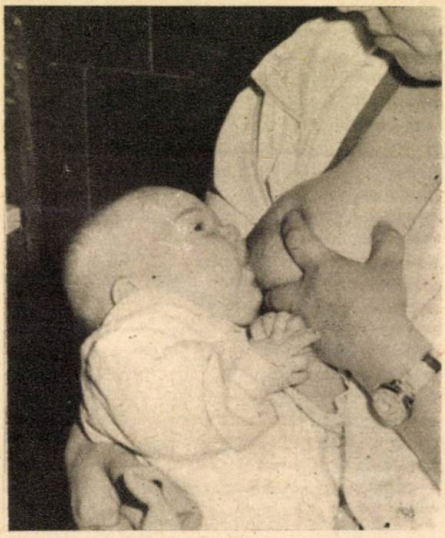
Alăptarea la sîn previne îmbolnăvirea copiilor, îi apără de rahitism și alte boli ce se ivesc des în perioada de sugar, cum sînt diareile, mai ales cele de vară, și îmbolnăvirile aparatului respirator.

Pentru unii copii cum sînt prematurii (născuți înainte de vreme) și distroficii (cei slab dezvoltați), laptele de mamă este alimentul în măsură să le salveze viața și să înlesnească dezvoltarea lor în condiții mulțumitoare.

Superioritatea alimentației la sînul mamei este de netăgăduit; ea este dovedită de buna dezvoltare a copiilor hrăniți cu lapte de mamă. Acești copii nu se îmbolnăvesc atît de des ca cei alimentați cu lapte de vacă, Ei nu dau tributul dureros al mortalității infantile, care este mai ridicată la copiii alimentați artificial. De asemenea, rahitismul apare mai rar la copiii alimentați natural la sînul mamei proprii sau cu lapte de femeie de la doică sau de la centrele de donare și colectare a laptelui matern (lactariile).

Experiența milenară a dovedit că marea majoritate a femeilor pot alăpta

Poziție de alăptare în primele 2 săptămîni după naștere.



Poziția șezînd la supt.

(95%) și că cea mai mare parte a lor pot duce alăptarea pînă la sfîrșit, adică pînă la întărcarea normală a copilului la 9—10 luni.

În timpul alăptării mama trebuie să respecte anumite reguli privind felul de viață și regimul alimentar. Trebuie să evite munca excesivă, oboseala, emoțiile puternice, enervările. Femeia își va îngriji corpul și sănătatea păstrînd regulile elementare de igienă.

În privința hranei va duce un regim alimentar echilibrat, cu suficiente albumine și grăsimi (carne, ouă, lapte, brînză, unt etc.) și dulciuri (făinoase, compoturi, fructe etc.); nu vor lipsi din hrana ei zarzavaturile care să asigure sărurile minerale și vitaminele. Va evita alcoolul, tutunul și alte toxice care modifică compoziția laptelui.

În timpul alăptării nu este necesară supraalimentația, ci doar creșterea rației zilnice cu aproximativ 700—800 calorii.

În țara noastră astăzi, în regimul de democrație populară, se fac toate înlesnirile pentru ca mamele să poată asigura laptele lor copiilor. Legile țării noastre prevăd concedii înainte și după naștere, program de muncă redus pentru mamele care își alăptează copiii, organizarea de creșe cît mai aproape de locul de muncă al mamei și pauze pentru alăptare.

Strădaniile pe care mamele le vor depune spre a reuși să-și alăpteze copiii le vor aduce satisfacția de a-i vedea dezvoltîndu-se normali și sănătoși, oferind astfel patriei cetățeni viguroși și de valoare.

LACTARIILE-CENTRELE DE DONARE ȘI COLECTARE A LAPTELUI MATERN ÎN SLUJBA COPIILOR

Grija care se acordă astăzi în țara noastră apărării sănătății copiilor și asigurării bunei lor dezvoltări se concretizează între altele și în crearea de instituții sanitare destinate lor. Printre aceste realizări se numără și lactariile, centrele de donare și colectare a laptelui de mamă, cărora le revine rolul de a suplini lipsa laptelui mamei proprii, pentru unele categorii de copii periclitați. Printre aceștia sînt: prematurii, distroficii gravi (slab dezvoltați), copiii cu boli grave, gemenii, orfanii de mamă etc.

Un avînt susținut a luat organizarea acestor centre cu deosebire în Uniunea Sovietică, țara socialismului victorios, în care pentru prima oară în lume ocrotirea mamei și a copilului a devenit o problemă de stat. De asemenea, în unele țări de democrație populară s-a pus accent pe asigurarea laptelui matern copiilor care îl necesitau în mod deosebit. Printre acestea citäm Republica Socialistă Cehoslovacă, Republica Democrată Germană, Republica Populară Ungară și țara noastră.

La noi această acțiune a început de prin anul 1949, cînd a luat ființă primul centru de acest fel pe lîngă Casa Copilului din Sibiu. Au urmat apoi, în ordine cronologică, centrul de la Casa Copilului nr. 1, București și apoi an de an mereu s-au creat noi asemenea unități la Cluj, Ploești, Iași, Brăila, Timișoara etc.

În trecutul nu prea îndepărtat s-au organizat sporadic și cu un puternic caracter comercial asemenea centre în unele țări ca Franța și Germania.

Rolul important pe care-l au de îndeplinit lactariile reiese fără îndoială din eficiența lor în salvarea vieții și asigurarea dezvoltării normale a unui important număr de copii expuși pieirii în lipsa laptelui matern.

Necesitatea existenței lor este deci de nediscutat. Este o datorie de onoare pentru toți cei ce trudesc pentru salvarea micilor vlăstare, nădejdea de mîine a patriei, să-și unească eforturile spre organizarea acestor lactarii.

Mamelor care alăptează și care dispun de surplusuri de lapte le revine însă marea sarcină de cinste de a oferi din ceea ce prisosește propriului lor copil, pentru copiii care duc lipsă de acest admirabil aliment.

Ele trebuie să devină donatoarele acestor centre care onorează prin plată în bani laptele donat.

Este știut faptul că prin solicitare susținută, glanda mamară secretă mai bine și mai mult, putîndu-se astfel asigura alăptarea propriului copil tot timpul necesar.

Organizarea lactariilor revine instituțiilor sanitare de ocrotire și asistență a mamei și copilului: maternități, policlinici de copii, dar mai ales caselor copilului. În acestea din urmă, mamele ocrotite sînt donatoare interne ale lactariului. Aceasta este prima etapă în evoluția organizării centrelor de donare și colectare a laptelui matern. În etape mai avansate se mobilizează și donatoare externe, care vin la centru pentru a extrage laptele sau colectarea se face la domiciliul donatoarelor.

În realizarea lactariilor un aport hotărîtor pot aduce organizațiile de femei, cele de Cruce Roșie, alături de rețeaua sanitară.

Pentru punerea în funcțiune a lactariilor, Ministerul Sănătății și Prevederilor Sociale a întocmit instrucțiuni speciale în care se precizează amenajarea localurilor, dotarea și încadrarea cu personal tehnic, modul recoltării laptelui, a păstrării lui în condiții desăvîrșite de igienă, precum și criteriile de distribuire a laptelui.

Distribuirea se face la prescripția medicului pediatru și a policlinicilor de copii.

Laptele se eliberează gratuit.

Față de marea lor necesitate pentru reușita salvării copiilor, se impune lărgirea rețelei de lactarii, ele reprezentînd o verigă importantă în lanțul mijloacelor de prevenire și combatere a mortalității infantile.

Mulți copii imaturi și distrofici își datoresc sănătatea și viața laptelui de mamă primit de la aceste centre, care reprezintă un minunat act de solidaritate umană, sprijinit cu multă grijă de statul nostru.

Știați că...

...perioada de creștere cea mai vie și importantă a copilului se desfășoară înainte de naștere? De aceea sînt deosebit de însemnate condițiile în care evoluează sarcina: starea de sănătate a organismului mamei, odihna ei și regimul alimentar.

...un sugar care se dezvoltă normal își dublează greutatea de la naștere după 4—5 luni și și-o triplează la vîrsta de un an, cînd trebuie să atingă circa 9—10 kg?

...cu cîțiva ani înainte de apariția pubertății și în timpul acesteia creșterea anuală în greutate și înălțime înregistrează un salt puternic? Deoarece pubertatea apare cu 2—3 ani mai devreme la fete, acestea sînt, la aceleași perioade de vîrstă, mai dezvoltate decît băieții.

...nu toate organele au aceeași viteză de creștere? Așa, de pildă, dezvoltarea sistemului nervos este foarte avansată la naștere, în schimb aceea a glandelor genitale începe mult mai tîrziu, spre 9—10 ani.

...dinții de lapte se formează în primele luni ale sarcinii, iar cei definitivi în ultimele luni ale sarcinii și mai ales în primul an după naștere? De aceea bolile mamei sau alimentația greșită din primele luni ale sarcinii tulbură dezvoltarea dinților de lapte. În schimb, bolile copilului și alimentația greșită în primul an de viață pot strica dentiția permanentă.

...dezvoltarea mișcărilor și a mersului este condiționată de buna dezvoltare a sistemului nervos, iar acestea, la rîndul lor, stimulează funcționarea sistemului nervos? De aceea este foarte important să încurajăm mișcările copilului și să le ajutăm prin diferite exerciții potrivite vîrstei.

...unele boli ale mamei, în primele luni ale sarcinii, ca rubeola, gripa și altele pot tulbura buna dezvoltare a unor organe importante cum sînt: creierul, inima, ochii copilului? De aceea, gravida trebuie să se ferească cît mai mult de îmbolnăviri.

...laptele de femeie este alimentul cel mai potrivit pentru buna dezvoltare a sugarului, la începutul vieții sale? El este, în plus, și cel mai ușor de mistuit de către stomacul și intestinul sugarului.

...secreția de lapte a mamei este puternic influențată de sistemul nervos central? De aceea, pe lîngă o alimentație corectă, mama are nevoie de un regim de viață potrivit: odihnă suficientă, plimbări în aer liber, stare de bună dispoziție.

...apariția secreției laptelui nu se face egal de repede la toate mamele? Unele (mai ales cele la prima naștere) ajung la o cantitate suficientă abia după 2—3 săptămîni. De aceea, nu trebuie să ne grăbim cu introducerea laptelui de vacă în primele 20 de zile după naștere.

...un orar regulat de alăptare face ca și secreția sucurilor digestive să se producă la ore fixe? Schimbarea de la o zi la alta a orelor de supt dereglează secreția sucurilor digestive și favorizează apariția tulburărilor de digestie.

...un sugar golește aproape 90% din sîn în primele 10 minute? De aceea, prelungirea suptului peste 20 de minute nu este necesară.

...supa cu pireu de legume are nevoie de $3^1/_2$—4 ore pentru a fi mistuită de stomac? Pauza pînă la alimentația următoare trebuie să respecte acest interval.

...în primul an, copilul are nevoie, în 24 de ore, de 14—16 ore de somn, între 1 și 3 ani de 12—14 ore, preșcolarul de 11—12 ore, copilul școlar de 10 ore?

...lipsa de poftă de mîncare nu se datorește decît rareori unei îmbolnăviri? Cel mai adesea sînt vinovate: o alcătuire nepotrivită a meniului și greșelile educative ale părinților în timpul mesei.

...adaosul de vitamină C și D în alimentația sugarului trebuie făcut încă din a doua lună după naștere?

...sursa cea mai bogată de vitamină D sînt razele ultraviolete din lumina soarelui, sub influența cărora corpul produce în piele vitamina D? Înnegrirea excesivă a pielii împiedică însă pătrunderea razelor ultraviolete și deci producerea de vitamină D.

...în aer liber copilul adoarme mai repede și somnul este mai adînc și mai odihnitor?

...cauza obișnuită a constipației copilului este regimul alimentar greșit? Deci, constipația nu se tratează cu purgative, ci prin corectarea greșelilor alimentare.

...arareori un copil este nervos din cauza unei boli; de cele mai multe ori el devine nervos din cauza felului greșit în care este educat și a lipsei de calm din mediul în care trăiește? Nervozitatea părinților este foarte contagioasă, ea molipsește copilul încă din fragedă tinerețe.

...de regulă, copilul devine prea gras, nu din cauza unei proaste funcționări a glandelor cu secreție internă, ci printr-o alimentație excesivă față de nevoile sale și prea puțină mișcare?

...copiii nu trebuie lăsați să stea niciodată cu capul descoperit în soare? Ei fac foarte ușor insolație.

...antibioticele folosite fără rost distrug unii microbi, dar în schimb favorizează creșterea altor microbi în gura și tubul digestiv al copilului, dînd naștere la îmbolnăviri grave?

...durerile abdominale ale copilului sînt adesea provocate de colici intestinale, dar uneori pot indica o boală gravă, care necesită o intervenție medicală de urgență: apendicită, ocluzie intestinală etc.?

...întărcarea timpurie a sugarului mic poate fi provocată adeseori de un simplu guturai netratat din timp? Deoarece în timpul suptului sugarul răcit nu poate respira în voie prin nasul înfundat, el începe să refuze sînul.

...cele mai multe îmbolnăviri ale aparatului respirator sînt produse la copii de virusuri, față de care antibioticele nu au efect? Tratamentul acestor boli necesită alte prescripții medicale.

CE SPUN STATISTICILE

despre FUMAT și FUMĂTORI

...Țigareta standard cu o greutate de 1 g conține aproximativ 20 mg de nicotină. Din aceasta se inhalează numai 22%. În căile respiratorii profunde ajung aproximativ 3—4 mg, iar în sînge se absorb efectiv 2,5—3 mg.

...Cu cît țigările sînt mai umede, cu atît mai multă nicotină trece în fum.

...Fumatul are un caracter de masă. Mai mult de jumătate din populația masculină și mai mult de un sfert din populația feminină a lumii fumează.

...Fumatul provoacă o accelerare a pulsului, creșterea tensiunii arteriale, scăderea temperaturii cutanate, modificări ale ECG, balistocardiogramei și pletismogramei.

...Există multe lucrări experimentale, care dovedesc că nicotina favorizează dezvoltarea aterosclerozei experimentale la animale.

...Printre lucrătorii fabricilor de tutun boala hipertonică este mai frecventă decît printre muncitorii din alte sectoare de producție.

...Fumatul favorizează dezvoltarea aterosclerozei la om.

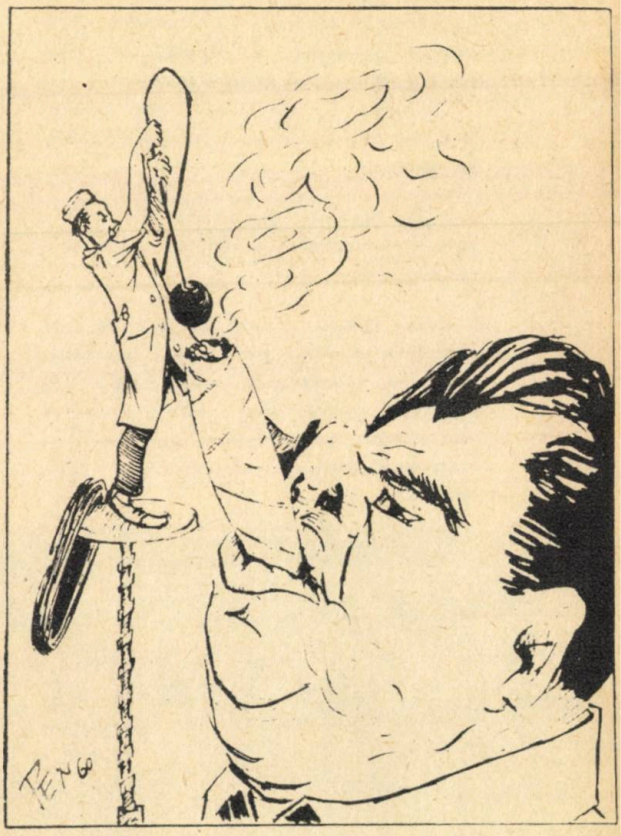
...O lucrare statistică pe 187766 de persoane a arătat că letalitatea printre fumători depășește cu 52% letalitatea printre nefumători. La bolnavii cu angină de piept, între 50 și 64 de ani, letalitatea printre fumători este cu 95%, iar printre fumătorii înveterați chiar cu 113% mai ridicată decît printre nefumători.

...Fumatul reprezintă un factor care favorizează apariția anginei de piept.

...Este recunoscută importanța fumatului în dezvoltarea în special a trombangeitei obliterante. Tratamentul trombangeitei obliterante este de neconceput dacă bolnavul continuă să fumeze.

...Datele statistice arată clar că fumatul scurtează durata medie de viață, favorizează dezvoltarea aterosclerozei, a bolii hipertonice, a anginei de piept, a trombangeitei obliterante, a bronșitei cronice, a scleroemfizemului pulmonar, a ulcerului gastric și a cancerului pulmonar.

Fumătorul (privit din punct de vedere medical...).



...Fumatul este toxicomania cea mai periculoasă a zilelor noastre.

...Consumul de tutun a crescut foarte mult aproape în toate țările.

În S.U.A., în anul 1880, s-au fumat o jumătate de miliard de țigări; în 1937, 170 miliarde de țigări; în 1943, 250 miliarde de țigări; în 1949, 358 miliarde, iar în 1953, 398 miliarde de țigări, adică, în decurs de aproape 70 de ani, consumul de țigări a crescut aproape de 800 de ori.

S-a constatat că peste tot, o dată cu mărirea consumului de tutun, se observă creșterea mortalității prin cancer pulmonar.

În ultimii 20 de ani mortalitatea prin cancer pulmonar a crescut în S.U.A. cu 500%, afectînd 110 persoane la 100 000 de locuitori între 60 și 65 de ani. Printre bărbați, morbiditatea prin cancer pulmonar a crescut în acest timp de 8 ori, iar printre femei de 3 ori.

În fiecare an mor prin cancer pulmonar în S.U.A. aproximativ 20 000 de persoane.

...În 1944 în Anglia au murit prin cancer pulmonar 6 568 de persoane, iar în 1955, 17 251.

...În Islanda unde se ține în mod special o evidență precisă a importului de tutun și a cauzelor mortalității, este pregnant paralelismul dintre creșterea mortalității prin cancer pulmonar și mărirea consumului de țigări de către populație.

...Montpellier (1950) a observat că în Africa de nord femeile nu fumează, neîntîlnindu-se la ele nici cancer pulmonar; bărbații în schimb fumează și la ei se constată cazuri de cancer bronșic.

...În India, în care fumatul nu este răspîndit, cancerul pulmonar constituie numai 1,12% din toate formele de afecțiuni canceroase.

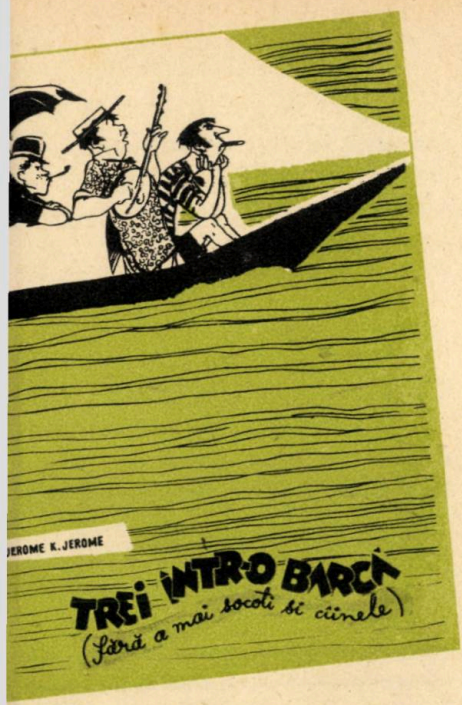
...Diferite statistici arată că printre bolnavii cu cancer pulmonar se întîlnesc foarte puține persoane care nu fumează (0,3%—2%), pe cînd 97—97,7% sînt fumători.

...Un cercetător a stabilit că fiecare a 8-a persoană din cei care fumează foarte mult și fiecare a 16-a persoană din cei care fumează în genere este supusă pericolului de a se îmbolnăvi de cancer pulmonar.

...Pe o statistică făcută de oncologi pe baza examinării a 200 000 de persoane sănătoase, din care jumătate erau fumători, cazurile de cancer erau de 7 ori mai frecvente la fumători față de nefumători.

De asemenea, persoanele care fumaseră timp de 25 de ani cîte 40 de țigări pe zi și chiar mai mult, se îmbolnăveau de cancer pulmonar de 52 ori mai frecvent decît cei nefumători; persoanele care au fumat însă, în decursul aceleiași perioade de timp, cel mult 10 țigări pe zi se îmbolnăveau numai de 11 ori mai frecvent decît cei nefumători.

Năravuri...



Eram patru: George, Wiliam Samuel Harris, eu și Montmorency. Cu pipele aprinse, ședeam cu toții în camera mea și discutam despre starea noastră jalnică — jalnică din punct de vedere medical, bineînțeles.

Nu se simțea bine nici unul și asta ne neliniștea la culme. Pe Harris îl apucau din cînd în cînd niște amețeli atît de ciudate, încît abia de-și mai dădea seama ce face. Și George avea amețeli; nici el nu prea știa pe ce lume trăiește. Cît despre mine, aveam ficatul deranjat. Știam că am ficatul deranjat, deoarece numai cu puțin mai înainte citisem o reclamă de pilule hepatice unde erau descrise amănunțit diversele simptome după care îți poți da seama că ficatul nu funcționează cum trebuie. Eu aveam toate aceste simptome.

Lucru foarte curios, ori de cîte ori îmi arunc ochii pe vreo reclamă medicală, ajung inevitabil la concluzia că sufăr de boala respectivă, în forma ei cea mai virulentă. De fiecare dată, diagnosticul pare să corespundă întocmai tuturor senzațiilor încercate de mine.

Îmi amintesc cum m-am dus într-o zi la British Museum ca să mă documentez cu privire la tratamentul unei ușoare indispoziții ce mă tot sîcîia — cred că era vorba de boala fînului. Mi s-a adus cartea și am citit tot ce mă interesa; apoi, aproape fără să-mi dau seama, am început să frunzăresc alene paginile și să studiez, într-o doară, bolile, una după alta. Nu-mi aduc aminte cu ce anume am început — în orice caz, era o boală cumplită, nimicitoare, iar înainte de a fi străbătut măcar jumătate din lista „simptomelor premonitorii", eram încredințat că o am într-o formă foarte gravă.

Am rămas cîtva timp înlemnit de groază; apoi, cu nepăsarea pe care ți-o dă doar deznădejdea, am mai răsfoit cîteva pagini. Am dat de febra tifoidă — am citit simptomele — am descoperit că am febră tifoidă, că o aveam probabil de luni de zile fără să știu — m-am întrebat ce s-ar mai putea să am — a venit rîndul choreei — am constatat, după cum mă așteptam, că sufăr și de choree; și cum cazul meu începea să mă intereseze, m-am hotărît să-l cercetez pînă la capăt, de astă dată pornind alfabetic. Am deschis, așadar, la „acetonemie", descoperind că mă ofilesc din pricina ei și că stadiul acut al bolii avea să se declare în următoarele cincisprezece zile. Am răsuflat ușurat constatînd că sufăr de nefrită cronică doar într-o formă benignă, astfel că, în privința ei, puteam trăi încă mult și bine. Aveam holeră cu complicații grave; cît despre angina diftherică, o oploșeam din leagăn. După ce am parcurs cele douăzeci și șase de litere ale alfabetului, am ajuns la concluzia că singura boală de care nu sufeream era artrita.

La început, m-am simțit întrucîtva jignit; aveam impresia că e un fel de desconsiderare. Cum se făcea că nu am artrită? De ce această ofensatoare rezervă? După cîtva timp, totuși, învinseră sentimente mai blînde. Mi-am spus că, la urma urmei, am toate celelalte boli cunoscute în patologia generală și, devenind mai puțin egoist, am hotărît

să trăiesc şi fără artrită. După cîte se părea, guta, în forma ei cea mai gravă, pusese stăpînire pe mine fără ca eu să prind de veste; iar de *zymosis* sufeream, bineînţeles, din copilărie. Cum după *zymosis* nu mai urmau alte boli, am dedus că asta e tot.

Am stat şi am chibzuit. Mi-am spus că sînt un caz medical cu totul neobişnuit şi că pentru studenţii în medicină aş fi o adevărată achiziţie. I-aş scuti să mai umble din spital în spital. Eu însumi eram un spital. Ca să-şi poată lua diploma ar fi fost de ajuns să mă cerceteze pe toate părţile.

M-am întrebat apoi cît mai am de trăit. Am încercat să mă examinez. Mi-am luat pulsul. La început n-am izbutit să-l simt de loc. Pe urmă, brusc, păru că porneşte. Mi-am scos ceasul şi am numărat bătăile — o sută patruzeci şi şapte pe minut. Am încercat să-mi pipăi inima. Inima — nicăieri. Încetase să mai bată. Mai tîrziu am ajuns totuşi să cred că trebuie să fi fost la locul ei şi că a bătut tot timpul, dar nu garantez. M-am ciocănit pe toată partea din faţă a corpului, de la ceea ce numesc eu talie, pînă sus, la cap, apoi am luat-o niţeluş înspre dreapta şi stînga şi puţin spre spate, dar n-am auzit şi n-am simţit nimic. Am încercat să-mi văd limba. Am scos-o afară de un cot şi, închizînd un ochi, m-am căznit s-o examinez cu celălalt. Nu i-am văzut decît vîrful şi singurul lucru cu care m-am ales a fost să-mi întăresc convingerea că sufăr de scarlatină.

În sala de lectură intrase un om sănătos şi lipsit de griji; ieşea o epavă.

M-am dus la doctor — un vechi prieten — care-mi examinează pulsul şi limba şi vorbeşte despre vreme fără să-mi ia un ban, ori de cîte ori mi se năzare că sînt bolnav. Mi-am spus că vizitîndu-l i-aş face un adevărat serviciu. „Ce-i lipseşte unui doctor, mă gîndeam eu, e practica. Foarte bine, îi stau la dispoziţie. O să le ofer mai multe posibilităţi de practică decît o mie şapte sute de pacienţi obişnuiţi, atinşi doar de cîte o boală-două, fiecare". M-am dus aşadar întins la el.

— Ei, ia spune-mi, ce ai? m-a întrebat.

— N-am să te fac să-ţi pierzi timpul, dragul meu, înşirîndu-ţi cîte am — i-am spus. Viaţa e scurtă şi s-ar putea să-ţi sfîrşeşti zilele înainte ca eu să fi isprăvit. Să-ţi spun mai bine ce nu am. Nu am artrită. De ce nu am artrită n-aş putea să-ţi explic — fapt este că n-o am. Am însă toate celelalte boli.

I-am povestit apoi cum ajunsesem să fac această descoperire.

Omul îmi deschise gura, se uită înăuntru, mă apucă strîns de încheietura mîinii, şi cînd mă aşteptam mai puţin îmi dădu cîteva ghionturi în piept — curată laşitate! — apoi, deodată, îmi dădu o lovitură de berbec cu capul. În cele din urmă se aşeză la birou, scrise o reţetă, o împături cu grijă şi mi-o întinse. Am pus-o în buzunar şi am plecat.

Fără s-o deschid, am intrat la cea mai apropiată farmacie şi am rugat să mi-o facă. Farmacistul o citi şi mi-o dădu înapoi.

— Nu avem aşa ceva — spuse el.

— Sînteţi farmacist?

— Da, sînt farmacist. Dacă aş fi un consum alimentar, combinat cu o pensiune, v-aş putea servi. Cum însă nu sînt decît farmacist, mă simt depăşit.

Am citit reţeta. Suna aşa:

„1 livră de biftec cu

1 pintă de bere amară la fiecare şase ore.

1 plimbare de zece mile în fiecare dimineaţă.

1 pat la 11 fix în fiecare seară.

Şi nu-ţi mai împuia capul cu lucruri pe care nu le-nţelegi".

Am urmat prescripţiile cu fericitul rezultat pentru mine că am scăpat cu viaţă şi mai trăiesc şi azi.

În împrejurarea de faţă, ca să revin la reclama de pilule pentru ficat, nu încăpea îndoială că prezentam toate simptomele, cel mai important fiind „totala lipsă de poftă pentru orice fel de activitate".

N-am cuvinte să spun cît sufăr în această privinţă. Am fost un martir din cea mai fragedă copilărie. Pe vremea aceea nu ştiu dacă trecea o zi în care boala să mă lase în pace; nu bănuia, pasămite, nimeni, că e de vină ficatul. Ştiinţa medicală era într-un stadiu mult mai puţin avansat decît azi şi ai mei obişnuiau să pună totul pe seama lenevici.

— Ascultă, împieliţatule — mi se spunea — scoală-te şi apucă-te de ceva, pentru dumnezeu!

Fireşte, niciunul din ei nu ştia că sînt bolnav.

Pilule nu-mi dădeau; îmi dădeau cîteva după ceafă. Oricît de ciudat ar părea, palmele mă vindecau deseori — cel puţin pentru moment. Mi s-a întîmplat o dată ca o palmă din aceasta să aibă mai mult efect asupra ficatului şi să mă facă mai dornic să pornesc la treabă, fără multă tevatură, decît reuşeşte azi o întreagă cutie de pilule.

Ştiţi, leacurile astea simple, bătrîneşti, sînt cîteodată mai bune decît toate doctoriile de la spiţerie.

Discutaserăm cam o jumătate de ceas, descriindu-ne unul altuia bolile de care sufeream. Eu le povestisem lui George şi lui Harris cum mă simţeam dimineaţa la sculare; Harris ne arătase cum se simţea seara, la culcare; iar George, stînd în picioare pe covoraşul din faţa căminului, ne dăduse o impresionantă şi reuşită reprezentaţie, zugrăvindu-ne senzaţiile sale din timpul nopţii.

George îşi închipuie doar că e bolnav — de fapt n-are niciodată nimic.

În acest moment, doamna Poppets bătu la uşă, întrebînd dacă vrem să cinăm. Ne-am zîmbit trist şi i-am răspuns că, la urma urmei, n-ar strica să îmbucăm ceva; un dumicat luat la timp, după părerea lui Harris, depărtează deseori boala. În consecinţă, doamna Poppets aduse tava, iar noi, trăgîndu-ne scaunele lîngă masă, ne-am îndemnat cu nişte friptură cu ceapă şi plăcintă cu revent.

Eu trebuie să fi fost tare slăbit, fiindcă după o jumătate de oră, mîncarea nu mă mai îmbia cîtuşi de puţin — lucru cu totul neobişnuit la mine — ca să nu mai vorbim de brînză, de care nici nu m-am atins.

O dată îndeplinită această datorie, ne-am umplut din nou paharele, ne-am aprins pipele şi am reluat discuţia cu privire la starea sănătăţii noastre. Niciunul din noi n-ar fi putut spune de ce anume suferă, dar părerea unanimă era că răul — oricare ar fi fost el — se datora surmenajului.

— Avem nevoie de odihnă, asta e — spuse Harris.

— Odihnă şi o schimbare totală de mediu — făcu George. Tensiunea nervoasă excesivă a produs o depresiune generală în organism. Schimbarea decorului şi lipsa necesităţii de a gîndi vor restabili echilibrul mintal.

Filatelie

Printre subiectele abordate în filatelie este și acela privind Crucea Roșie. După 1900 au început să apară aproape în fiecare țară mărci cu diverse subiecte și chiar mărci emise în profitul bolnavilor (Belgia, Finlanda etc.).

Anul trecut s-a sărbătorit împlinirea a 100 de ani de cînd Henry Dunant a propus înființarea Organizației Internaționale de Crucea Roșie. Cu o sută de ani în urmă, la Magenta și Solferino se dădeau lupte sîngeroase pentru independența Italiei. În timpul acestui război s-a născut ideea înființării unei Organizații de Crucea Roșie.

Subiectele abordate în filatelie la tematica Crucea Roșie sînt multiple. În colțul filatelic al acestui almanah, vă prezentăm mărci cu subiecte diverse, cu tematica Crucea Roșie.

Octombrie

L		2	9	16	23	30
M		3	10	17	24	31
M		4	11	18	25	
J		5	12	19	26	
V		6	13	20	27	
S		7	14	21	28	
D	1	8	15	22	29	

Metode moderne de explorare a inimii

Progresele excepționale făcute de medicină în ultimii 30 de ani se datoresc în mare măsură dezvoltării pe care au luat-o mijloacele de explorare a funcționării organismului. În acest cadru un loc important revine metodelor moderne de explorare a inimii, care au permis o mai bună precizare a diverselor boli și o dată cu aceasta dezvoltarea chirurgiei cardiace. Noile mijloace de explorare a inimii au putut fi folosite de asemenea și în alte sectoare medicale de mare importanță socială, cum ar fi medicina profesională, expertiza capacității de muncă etc., sectoare care stau pe primul plan în preocupările regimului nostru de democrație populară.

Dintre metodele moderne de explorare nu vom aminti decît pe cele mai importante.

Cateterismul cardiac. Această metodă rămîne încă „steaua de primă mărime" a explorărilor cardiace, atît prin nota spectaculoasă a manevrelor de realizare, cît și prin importanța datelor obținute. În esență metoda constă în introducerea unei sonde radioopace printr-o venă sau arteră a membrului superior sau inferior, care este împinsă pe această cale în inimă și apoi mai departe în plămîni sau alte organe explorate. După cum sonda este dirijată prin sistemul venos sau arterial, cateterismul se numește al inimii drepte (explorează acea parte a inimii și vaselor care împing și conduc sîngele venos spre plămîni pentru a se oxigena) sau al inimii stîngi — arterial (explorează acea parte a inimii și vaselor care conduc sîngele oxigenat prin diverse organe). Datele furnizate de cateterism sînt foarte importante și sînt obținute prin:

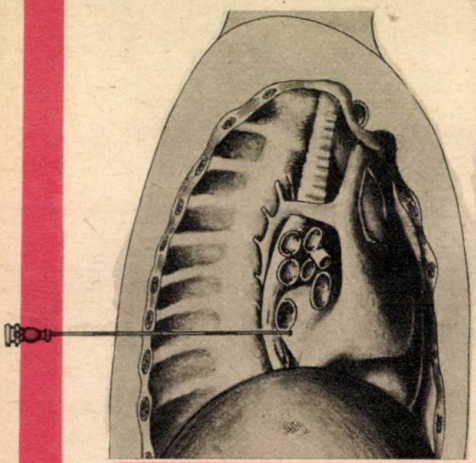
— urmărirea sub ecranul radiologic a drumului parcurs de sondă (care este opacă), care poate evidenția eventuale modificări ale vaselor și inimii;

— înscrierea presiunilor, în vase și inimă, care se pot modifica în plus sau minus în funcție de variate tulburări;

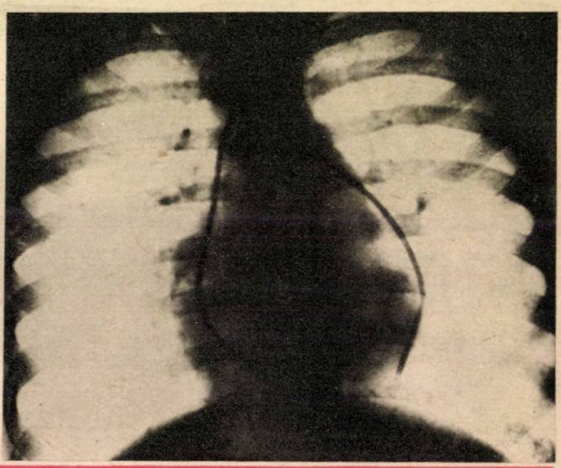
— recoltarea probelor de sînge din diverse puncte și dozarea oxigenului sau a altor substanțe introduse;

— introducerea la diverse niveluri a unor substanțe chimice în scopul completării explorării (eter, substanțe radioopace etc.).

Dintre cele 2 căi, venoasă și arterială, ultima este mai dificilă. Trebuie adăugat



Puncție transtoracică.



Cateterism cardiac.

însă că explorarea unor anumite elemente date de activitatea inimii (cum ar fi de exemplu presiunile intracardiace sau intravasculare etc.) se poate face și prin puncția inimii și vaselor mari. Tehnicile moderne de lucru din ultimii ani au arătat că inima poate fi puncționată cu canule destul de groase (uneori se pot introduce chiar sonde prin aceste canule). Aceste canule se pot introduce în inimă:

— cu ajutorul bronhoscopului, prin bronhia stîngă care trece prin spatele inimii (acul perforează bronhia, peretele atriului stîng și pătrunde în inimă, de unde se poate recolta sînge, se pot înscrie presiuni etc.);

— prin puncție transtoracică; după ce se precizează acea parte a inimii care trebuie puncționată, se introduce sub controlul radiologic direct prin torace un ac lung de 10 cm, pînă în inimă;

— prin puncție directă în timpul operațiilor, cînd toracele este deschis și deci inima poate fi puncționată direct.

Aceste metode sînt astăzi folosite în mod curent, pe mii de cazuri; ele dau foarte puține accidente, iar informațiile obținute cu ajutorul lor sînt de neînlocuit.

Angiocardiografia. Cateterismul cardiac nu poate însă preciza toate detaliile legate de anumite aspecte ale unor boli de inimă, în special congenitale (defecte ale inimii cu care bolnavul se naște). În aceste cazuri, care în prezent sînt tot mai mult rezolvate pe cale chirurgicală, necesitatea unui diagnostic precis impune introducerea în cavitățile inimii și vaselor mari a unei substanțe opace la razele X.

Substanța este injectată intravenos sau cu rezultate mai bune direct intracardiac, după ce se face în prealabil un cateterism al inimii.

Introdusă cu mare viteză și în cantitate suficientă, substanța care umple inima și vasele este fotografiată cu ajutorul unor aparate speciale, care pot obține minim 4—8 imagini pe secundă. Astfel se pot evidenția cu documente obiective diverse comunicări anormale între cavitățile inimii, vase cu sediul anormal, vase suplimentare etc.

Cateterismul cardiac și angiocardiografia au permis descoperirea și precizarea a o serie de anomalii congenitale ale vaselor (dublă venă cavă superioară, persistența canalului arterial, vene pulmonare care se varsă în atriul drept, stenoza arterei pulmonare etc.), ale pereților dintre diversele cavități ale inimii (comunicare interatrială, interventriculară etc.), precum și anomalii complexe vasculare și cardiace. De asemenea, ele au permis studierea unor boli cîștigate (stenoză mitrală, insuficiență mitrală, pericardită etc.) și au contribuit la deschiderea unui nou capitol în tratamentul bolilor de inimă — tratamentul chirurgical.

Fonocardiograma și electrocardiograma endocavitară. Încă de mulți ani s-au putut înregistra sunetele produse de activitatea mecanică a inimii (fonocardiogramă) și de asemenea s-a putut înscrie o curbă a activității electrice a inimii (electrocardiogramă).

Fonocardiograma obișnuită se realizează cu ajutorul unui microfon cu cristal piezoelectric, care este așezat în diferite puncte de pe torace și în care iau naștere vibrațiile. Acestea influențează un circuit electric și prin intermediul unui oscilograf sînt înregistrate pe un film.

În prezent s-au construit niște microfoane extrem de mici care sînt introduse cu ajutorul sondei de cateterism cardiac pînă în cavitățile inimii. Înregistrarea la diferite niveluri a sunetelor produse de activitatea inimii a permis lămurirea unor probleme importante privind sediul, intensitatea și transmiterea zgomotelor și sufluri-lor cardiace (fonocardiograma endocavitară).

Tot cu ajutorul cateterismului cardiac se poate introduce pînă în inimă un electrod care culege diferențele de potențial de la diferite niveluri endocardiace. Transmise prin intermediul unui cablu de legătură pînă la electrocardiograf, poten-

Angiocardiografie.

ţialele inimii sînt înscrise pe un film sub forma unui traseu cu diverse accidente (electrocardiograma endocavitară).

Izotopii radioactivi. Medicina în general şi metodele de explorare în special au început să beneficieze şi ele de noile descoperiri ale erei atomice. Folosirea izotopilor radioactivi în cardiologie a adus date suplimentare asupra circulaţiei sîngelui, precum şi unele date asupra diverselor boli ale inimii.

O metodă de explorare care a permis de la început folosirea izotopilor radioactivi a fost proba determinării vitezei de circulaţie a sîngelui. Se ştie că izotopii radioactivi pot fi imediat detectaţi cu ajutorul unor aparate numite contoare. Viteza de circulaţie a sîngelui pe un anumit sector (de exemplu braţul stîng, braţul drept, braţ-plămîn etc.) poate fi uşor apreciată dacă se calculează timpul de la introducerea izotopului radioactiv (de exemplu Na^{24}) într-o venă şi pînă în momentul cînd contorul aşezat la locul dorit semnalează prezenţa izotopului.

De asemenea, izotopii pot fi folosiţi ca metodă de cercetare a diverselor boli ale inimii (congenitale sau cîştigate). Astfel, introducerea izotopilor în inima dreaptă şi găsirea lor imediat în sistemul arterial denotă existenţa unei legături directe între cele 2 părţi ale inimii (dreaptă şi stîngă), care în mod normal sînt complet separate etc.

Cu datele prezentate nu am epuizat metodele de explorare ale inimii, care devin din ce în ce mai îndrăzneţe, mai complexe şi deci mai eficiente. Cateterismul cardiac, folosirea unor aparate radiografice care pot lua mii de imagini pe secundă, perfecţionarea lămpilor amplificatoare, folosirea izotopilor radioactivi etc. deschid medicinei domenii vaste, în care metodele de explorare vor avea un cuvînt greu de spus.

ŞTIAŢI CĂ...

... cea mai veche farmacie europeană se păstrează pînă astăzi în mănăstirea oraşului Ragusa, pe coasta Dalmaţiei? Această farmacie datează din anul 1200, epocă la care farmaciile erau mănăstireşti, călugării fiind în acelaşi timp medici şi farmacişti. Fiecare vas farmaceutic din această farmacie este o adevărată operă de artă a epocii. Farmacia din Ragusa funcţionează încă şi este vizitată ca un muzeu viu al istoriei farmaciei.

... prima farmacie publică din ţara noastră, care este cunoscută, este aceea a „apoticarului" Lochman din Iaşi, care primeşte în 1777 patenta de funcţionare?

... primul farmacist laic din Bucureşti a fost George Vodopich, „apothecarus buhurestensis", venit din Cehia şi care în 1742 deschide farmacia din Bucureşti, în care se preparau între altele „afion", medicament opiaceu, cu acţiune calmantă şi pomadă cu steregoae (veratrum album), *pomadă insecticidă şi antiscabioasă?*

Ce spun statisticile despre ACCIDENTELE LA COPII

Pe măsura combaterii tot mai eficiente a bolilor infecto-contagioase, a bolilor cronice de tipul tuberculozei și al sifilisului și a bolilor acute de orice fel (tulburări digestive, infecții respiratorii etc.), alte cauze de boală și de deces trec la copii pe primul plan de importanță. Dintre acestea, accidentele preocupă în ultimul timp tot mai mult medicii de copii, igieniștii, oamenii de sănătate publică, psihologii și pedagogii.

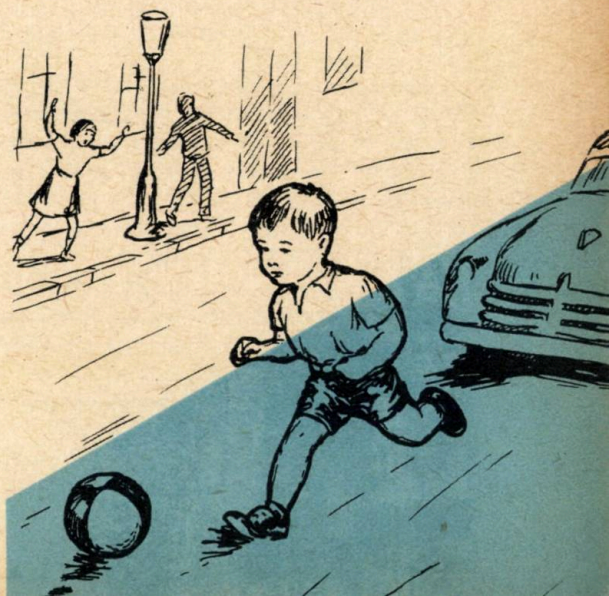
Statisticile întocmite în mod complex arată că accidentele survenite la vîrsta copilăriei nu înregistrează numai o creștere relativă a cazurilor, ci o creștere absolută a lor. Analiza atentă a faptelor arată că acest fenomen se leagă de anumiți factori, dintre care sînt de reținut în mod special: sporirea aglomerației în marile centre urbane, creșterea traficului rutier, înmulțirea mijloacelor mecanizate de transport, răspîndirea tot mai largă a mecanizării muncilor manuale din industrie, agricultură și menaj, punerea pe piață a unui număr tot mai mare și variat de produse chimice, medicamentoase și menajere etc.

În limbajul medical curent, prin accident se înțelege „un eveniment întîmplător care produce o leziune corporală identificabilă".

Însăși definiția accidentului scoate în evidență intervenția factorului întîmplător, neprevăzut. Este însă accidentul într-adevăr de neprevăzut? În cele mai multe cazuri, nu.

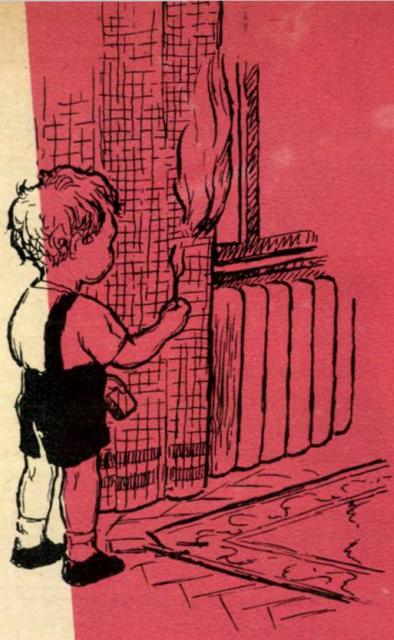
Referindu-ne la specificul celor mai frecvente accidente survenite la copiii din țara noastră, rezultă că marea majoritate a acestora sînt pe deplin previzibile și înlăturabile. Astfel, se poate prevedea cu suficientă certitudine că un copil mic lăsat singur în casă și avînd la îndemînă o cutie de chibrituri se va juca cu ele și va putea să dea foc casei; se poate prevedea că un asemenea copil, găsind la îndemîna sa o sticlă cu petrol, benzină sau insecticid, un vas cu sodă caustică, o cutie cu otravă pentru șoareci sau un pachețel cu bomboane de diferite culori cum sînt drajeurile sau tabletele unor medicamente, va gusta din ele și va plăti cu suferința sa lipsa de prevedere a părinților săi; și tot așa se poate prevedea că atunci cînd copiii sînt lăsați să se joace în mijlocul străzii sau atunci cînd sînt lăsați să se scalde fără a fi supraveghiați, accidentarea lor se poate produce cu multă ușurință.

După cercetări făcute la noi în țară și în străinătate, rezultă că responsabilitatea principală în cazul accidentelor survenite la copii revine părinților și că cel mai important factor care contribuie la aceasta este neavertizarea lor asupra pericolelor care amenință copiii în diferitele perioade de dezvoltare.



Aceste pericole sînt în principal următoarele:

În primele luni de viață, cînd mișcările copilului sînt relativ limitate, îl pîndește în special pericolul sufocării cu perne, plapumă sau obiecte de îm-



brăcăminte şi pericolul căderilor din pat. Tot la această vîrstă se notează relativ frecvent opăriri cu apă fiartă şi chiar înecuri, care se produc cu ocazia băii copilului.

De la vîrsta de 8—9 luni în sus, cînd copilul obişnuieşte să ducă la gură tot ce-i cade în mînă, sînt foarte frecvente accidentele prin aspirarea sau înghiţirea unor obiecte lăsate în preajma lui (ace, bile, monede, agrafe, nasturi, seminţe etc.) sau prin introducerea acestora în orificiile nazale sau auriculare.

Între 1 şi 3 ani, cînd copilul umblă, aleargă şi se caţără din ce în ce mai bine, iar curiozitatea îl îndeamnă să vadă şi să analizeze prin cît mai multe simţuri tot ce-l înconjoară, trec pe primul plan intoxicaţiile prin substanţe sau materiale lăsate neîncuiate în calea copilului (sodă caustică, petrol, alcool, chimicale, medicamente, produse menajere etc.). Pe al doilea plan se situează arsurile produse, fie prin cădere în recipiente cu apă clocotită, pregătite pentru spălatul rufelor sau în alt scop, fie prin atingere de plită, de portiţa sobei, de fierul de călcat sau prin tragerea de pe plită şi răsturnarea de oale sau cratiţe cu lapte, apă etc. puse la fiert.

Între 4 şi 6 ani se păstrează aproximativ aceeaşi ordine de frecvenţă a cauzelor de accident ca la vîrsta precedentă. În plus încep să apară accidente de circulaţie la copiii lăsaţi să umble necontrolaţi, accidente de joc (înţepături, tăieturi, loviri cu pietre etc.) şi accidente provocate de animale (muşcături, lovituri de copită, împunsături etc.).

La vîrsta şcolară, cele mai frecvente accidente sînt cele de circulaţie, căderile (din pom, de pe scări etc.), accidentele de sport (lovirile, rănirile etc.), electrocutările şi înecurile.

Este interesantă observaţia că în primul an de vîrstă predomină accidentele de pat şi de ambianţă învecinată cu patul. Între 1 şi 3 ani predomină accidentele de casă, în primul rînd cele care se întîmplă în bucătărie, apoi cele din dormitor şi apoi cele din camera de baie. Înte 4 şi 6 ani predomină accidentele de curte, urmate de cele de casă şi apoi de cele de stradă. La vîrsta şcolară stau pe primul loc accidentele de stradă, care sînt urmate de accidentele de pe terenurile de joc şi de sport şi apoi de cele şcolare.

Dintre factorii care ţin de copii şi care înlesnesc producerea accidentelor sînt de reţinut, în primul rînd, deficienţele motorii, senzoriale sau neuropsihice ale copiilor. Este firesc ca un copil care nu aude sau nu vede bine, sau un altul care este stînjenit în mişcările sale printr-un defect fizic să fie expuşi cu mult mai uşor accidentelor şi în special celor de circulaţie, decît copiii normal dezvoltaţi sub toate

aspectele. Tot așa este lesne de înțeles că un copil cu deficiențe psihice este expus accidentării mai mult de cît copiii normali din punct de vedere psihic.

Există însă și copii care fără a fi bolnavi sau defectivi sînt cu deosebire predispuși la accidente. Astfel sînt copiii care în fața situațiilor neașteptate reacționează dezordonat, cu mișcări anarhice, necontrolate sau copiii care reacționează foarte lent atunci cînd se găsesc în fața unei situații neașteptate. Sînt apoi copiii obosiți după eforturi fizice, lecții sau examene. La aceștia, datorită oboselii, scade controlul asupra reacțiilor motorii. Sînt, în fine, copiii neascultători, nebunatici, care, în special datorită unor greșeli educative, ajung să fie lipsiți de simțul răspunderii și-și pot provoca accidente lor înșiși sau altora prin manifestările lor nedisciplinate (sar brusc în fața mașinilor pentru a deruta pe șofer, se agață de vehicule și sar în mers din acestea, practică jocuri pe străzi etc.).

Chiar și în toate aceste situații, în care participarea copilului la răspunderea pentru producerea accidentului este mai mare, tot adulții și în special părinții sînt în cea mai mare măsură vinovați de accident, deoarece nu iau din timp măsurile speciale de precauție pe care le necesită acești copii.

Accidentele care devin un pericol tot mai mare pentru viața și integritatea fizică a copiilor nu sînt deci cu totul întîmplătoare. Ele pot și trebuie să fie prevenite. Principalul rol revine în aceasta părinților și educatorilor, iar cel mai important moment al încadrării acestora în acțiunea de prevenire a accidentelor este supravegherea atentă și diferențiată a copiilor în funcție de pericolele specifice fiecărei vîrste în parte și de tipul de sistem nervos al fiecărui copil.

TRATAMENTUL DE URGENȚĂ în ARSURI

Arsurile sînt leziuni provocate de agenți calorici (termici) asupra tegumentelor.

După intensitatea lor se împart în mai multe categorii:

— Arsuri de gradul I (apare numai roșeața pielii).

— Arsuri de gradul al II-lea (roșeața pielii + bule de lichid)

— Arsuri de gradul al III-lea (necroza — mortificarea — regiunii arse).

Foarte importantă este însă întinderea suprafeței arse, gravitatea bolii fiind cu atît mai mare, cu cît arsura cuprinde o suprafață mai mare.

Orice arsură trebuie considerată ca o urgență medico-chirurgicală.

În arsurile mici, tratamentul se reduce la un simplu pansament local, făcut corect, pe cînd arsurile mari (peste 10%) necesită în egală măsură un tratament local și unul general, care trebuie făcute numai în spital.

Iată primele îngrijiri care trebuie date la locul accidentului:

— se va suprima durerea prin administrarea unei injecții de morfină;

— pentru a se evita pierderea de căldură a bolnavului, acesta va fi transportat într-o cameră încălzită;

— nu va fi dezbrăcat de haine, chiar dacă sînt arse;

— va fi acoperit cu cearșafuri curate și cu pături;

— bolnavul va fi hidratat, dîndu-i-se să bea ceaiuri calde;

— transportarea bolnavului se va face numai pe targă și pentru internarea la spital va fi chemată salvarea;

— dacă transportarea spre un centru spitalicesc întîrzie peste 2—3 ore, se vor repeta măsurile de combatere a șocului (reinjectarea de morfină, cafeină, stricnină, antibiotice, pansarea suprafeței arse cu un tifon steril simplu, eventual după curățirea plăgilor cu apă fiartă și răcită);

— este incorect și interzis să se aplice pe suprafața arsă, la locul accidentului, substanțe grase (untdelemn, vaselină), aceastea îngreunînd curățirea plăgilor și aplicarea unui pansament corect la spital.

Arsurile fiind în general plăgi infectate (praf, îmbrăcăminte etc.), se recomandă a se administra inițial ser antitetanic.

Tratamentul complex pentru combaterea șocului, a infecției, a stării toxice, a dezechilibrului sanguin și pansamentul corect chirurgical vor fi făcute în mediul spitalicesc, pentru care se impune transportarea de urgență a arșilor la spital sau la un punct de prim ajutor.

ANIMALELE DE CASĂ — TRANSMIȚĂTOARE DE BOLI ALEI PIELII PRODUSE DE CIUPERCI

Un mare număr de boli ale pielii capului și fanerelor (păr, unghii) sînt produse de grupe de ciuperci cunoscute sub numele de dermatofiți. Dintre acestea unele parazitează numai omul, în timp ce altele provoacă îmbolnăviri, atît la animal, cît și la om. Animalele, și îndeosebi cele care trăiesc în preajma omului, pot juca un rol epidemiologic de prim ordin, ele putînd contracta tricofiția, microsporia și favusul, pe care le pot transmite omului.

Tricofiția animală se poate întîlni la șobolan, șoarece, cobai și mai rar la iepure. *(Tricophyton gypseum)*, sau la viței, cai, porci și oi.

Microsporia animală poate fi găsită frecvent la pisică, mai rar la cîine și excepțional la iepure. Unele specii de microsporoni pot parazita calul.

Favusul animal se întîlnește îndeosebi la murine (șoarece, șobolan), mai rar la pisică și excepțional la iepure. Cu titlu de raritate se întîlnește și la păsări, îndeosebi la găină și la curcan.

Micozele pielii la animale sînt asemănătoare cu cele întîlnite la om în regiunile păroase.

La om, leziunile provenite de la animal se localizează, atît în regiunile păroase (pielea capului, barbă, mustață), cît și pe pielea neacoperită de păr

(pielea glabră), unghiile rămînînd în marea majoritate a cazurilor neatinse. În regiunile păroase, tricofiția determină de obicei leziuni circulare, unice sau multiple, inflamatoare, cu tendință la supurație, fiind constituite din inflamația în masă a foliculilor piloși (foliculite), din care cauză perii se smulg ușor la tracțiune. Aceste leziuni poartă denumirea de *sicozis* (barbă). Ele pot fi dureroase, se pot însoți de inflamația ganglionilor regionali și de o stare febrilă, cu mărirea numărului de globule albe în sîngele periferic.

Leziunile de pe pielea glabră se localizează de obicei pe dosul mîinii, antebraț sau față și uneori pe trunchi. Ele pot lua aspectul de leziuni circulare, roșii aprins, de dimensiuni variabile, formînd placarde cu contur policiclic, la nivelul cărora se găsesc presărate bășicuțe cu lichid clar sau purulent (vezicule sau pustule), dispuse pe toată suprafața leziunii sau uneori la periferie, avînd o tendință la evoluție excentrică. *Microsporia umană* de origine animală este asemănătoare cu cea animală atunci cînd este

localizată pe pielea capului. Cînd este localizată pe pielea glabră, îmbracă aspectul unor leziuni circulare, unice sau multiple, de culoare roşie, acoperite cu scuame sau vezicule dispuse la periferia leziunii. Leziunile pot coexista pe pielea capului şi pe pielea glabră la copil. La adult, localizarea de predilecţie este pielea glabră.

Favusul de origine animală se localizează de obicei pe pielea glabră şi numai excepţional pe pielea capului, barbă sau mustaţă. Pe pielea glabră, leziunile sînt de obicei reduse ca număr şi pot lua două aspecte: un prim aspect, necaracteristic, asemănător cu leziunile tricofitice şi un alt aspect, caracteristic, constînd din leziuni circulare, roşiatice, de dimensiuni variabile, acoperite cu godeuri. În regiunea păroasă, ele pot îmbrăca aspectul de favus cu godeuri sau de foliculite infiltrative sau supurate.

Tipurile de micoze amintite se întîlnesc la toate vîrstele. La copii ele pot afecta, atît pielea capului, cît şi pielea glabră, în timp ce la adult se întîlnesc de obicei localizate pe pielea glabră şi numai excepţional în regiunile păroase.

Modul de contaminare de la animal la om se face prin contactul direct cu animalul bolnav al persoanelor care prin profesiunea lor vin mai des în atingere cu acestea (îngrijitori de viţei, cai, şoareci, şobolani, cobai, iepuri, agenţi veterinari, laboranţi, medici veterinari), cînd afecţiunea ia un caracter profesional, sau al persoanelor care ţin în casă sau în jurul casei animale domestice bolnave (cîini, pisici). Contactul indirect joacă şi el un rol în transmiterea bolii prin infectarea diverselor obiecte cu sporii parazitului. Contactul direct cu animalul joacă un rol mai important în transmiterea bolii decît cel indirect.

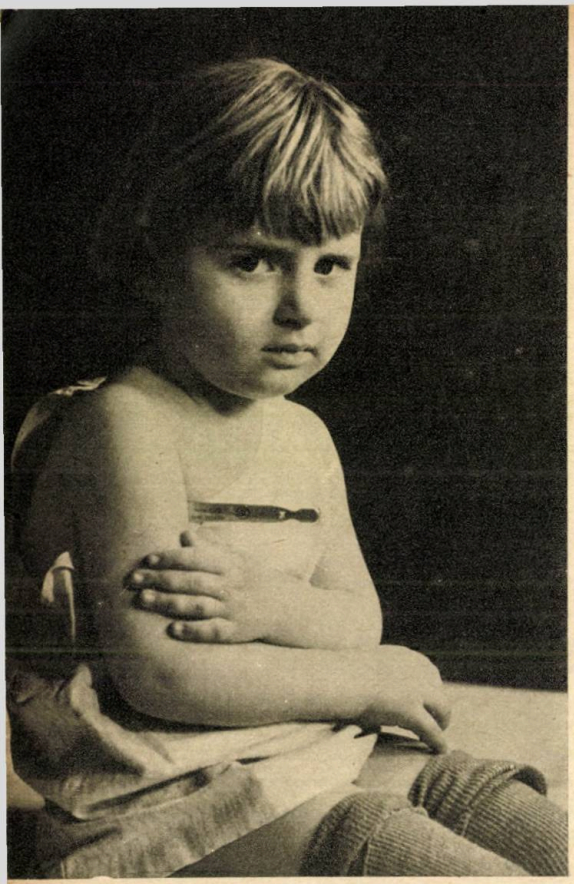
O dată contractată de om, boala se transmite cu greutate de la om la animal, fapt care face să nu se întîlnească epidemii masive de micoze determinate de speciile animale. În schimb, se pot întîlni mai des focare familiale, de apartament, determinate mai ales de

microsporia pisicilor şi cîinilor, sau de favusul şi tricofiţia animală.

Prevenirea micozelor de origine animală trebuie să se adreseze în primul rînd depistării şi izolării animalelor bolnave. De aceea, toate animalele suspecte vor fi prezentate medicului veterinar. Pentru depistarea microsporiei animale, de mare preţ este folosirea lămpii Wood, care pune în evidenţă cazurile fruste, în care totul s-ar putea reduce la parazitarea cîtorva peri, deveniţi fluorescenţi la această lumină.

Tratamentul animalelor bolnave constă în aplicaţii locale cu diverse loţiuni şi pomezi antimicotice.

Tratamentul cazurilor umane va fi individualizat după localizare şi după forma clinică, folosindu-se pentru cazurile inflamatoare de tipul sicozisului, comprese locale şi tratament biologic cu vaccinuri extrase din ciuperci (tricofitina), pentru formele superficiale localizate în regiunile păroase singurele tratamente eficace fiind, fie cel epilator, cu raze X sau epilină, fie cel antibiotic cu griseofulvină. Pentru leziunile pielii glabre se va folosi, fie loţiunea cu alcool iodat 1%, fie o pomadă cu acid salicilic şi acid benzoic 3%. Acest tratament va fi efectuat numai de către medicul dermatolog, după prealabila precizare a diagnosticului.



SFATURI PRACTICE

TEMPERATURA

Temperatura corpului omenesc este rezultatul a două procese care au loc în acelaşi timp în organism: pe de o parte, procesul de producere a căldurii ce are loc prin „arderea" substanţelor alimentare în ţesuturile şi organele corpului (în special în ficat şi muşchi), iar pe de altă parte, procesul de pierdere a căldurii ce se face în special la nivelul pielii (şi mai puţin prin plămîni, eliminarea urinii,a materiilor fecale).

Temperatura normală a omului variază după locul unde este luată, şi anume:

a) Temperatura centrală (din interiorul organismului) se ia de obicei în rect (ultima porţiune a intestinului gros) şi normal este de maximum 37°, 4.

b) Temperatura periferică (axilară) este cuprinsă între 36 şi 37°.

Tehnică. Pentru determinarea temperaturii se foloseşte un termometru Celsius (centigrad) „de maximă" (adică are gradaţiile cuprinse numai între 34° şi 42° şi arată valoarea maximă a temperaturii), care are un semn indicator (linie sau steluţă roşie la 37°).

— *Temperatura centrală* se măsoară de obicei în rect, şi anume se introduce rezervorul termometrului uns cu ulei sau vaselină în anus, dînd o direcţie oblică spre ombilicul (buricul) bolnavului, pe o adîncime de 2 cm şi apoi vertical. La sugari se introduce rezervorul oblic spre ombilic numai 1 cm şi apoi vertical. Termometrul se menţine în rect două minute şi apoi se scoate, se face citirea, după care se dezinfectează.

Fiecare bolnav are termometrul său. Nu este admisă folosirea termometrului de la un bolnav la altul. Întrucît termometrul este fragil şi se poate rupe în rect, dînd naştere la accidente uneori periculoase, la sugari, copii, bolnavi agitaţi, inconştienţi, va fi ţinut cu mîna de către cel ce înregistrează temperatura.

— *Temperatura periferică* se măsoară de obicei în axilă (subsuoară). Se şterge întîi axila de transpiraţie, pentru a nu obţine date false (mai mici decît cele reale, deoarece evaporarea transpiraţiei produce răcirea pielii), şi apoi se introduce rezervorul termometrului, bolnavul ţinînd braţul lipit de torace. Se menţine 10—15 minute după care se scoate şi se face citirea. Valoarea maximă normală este 37°.

Febra (creşterea temperaturii corpului peste valorile normale) este o reacţie a organismului întîlnită în special în cursul bolilor infecţioase. De aceea măsurarea ei şi urmărirea zilnică — şi de cîteva ori în cursul aceleiaşi zile — ne arată mersul bolii respective şi uneori după aspectul pe care îl îmbracă „curba termică" ne ajută să punem diagnosticul într-o serie de boli.

Nu totdeauna gravitatea bolii se judecă după mărimea febrei; astfel, copiii fac foarte uşor 40° la infecţii minime, care se rezolvă în cîteva zile.

INIMĂ-PLĂMÎN ARTIFICIAL

Operațiile pentru bolile de inimă congenitale (din naștere) sau cîștigate au putut fi posibile numai datorită progreselor mari care s-au realizat în privința diagnosticului clinic și de laborator, anesteziei, reanimării și tehnicii chirurgicale.

De la prima operație pe inimă, practicată în anul 1897, cînd s-a suturat (cusut) o rană cardiacă și pînă la prima intervenție pe „inima deschisă" au trebuit să treacă 56 de ani (1953). Acest timp a fost necesar găsirii și perfecționării metodelor care să facă ca organismul să nu sufere prin suprimarea funcției inimii; găsirea soluției a fost crearea aparatului inimă-plămîn artificial, care este un exemplu elocvent al muncii în colectiv, la care și-au dat concursul, într-o egală măsură, medici (chirurgi și fiziologi), ingineri și tehnicieni.

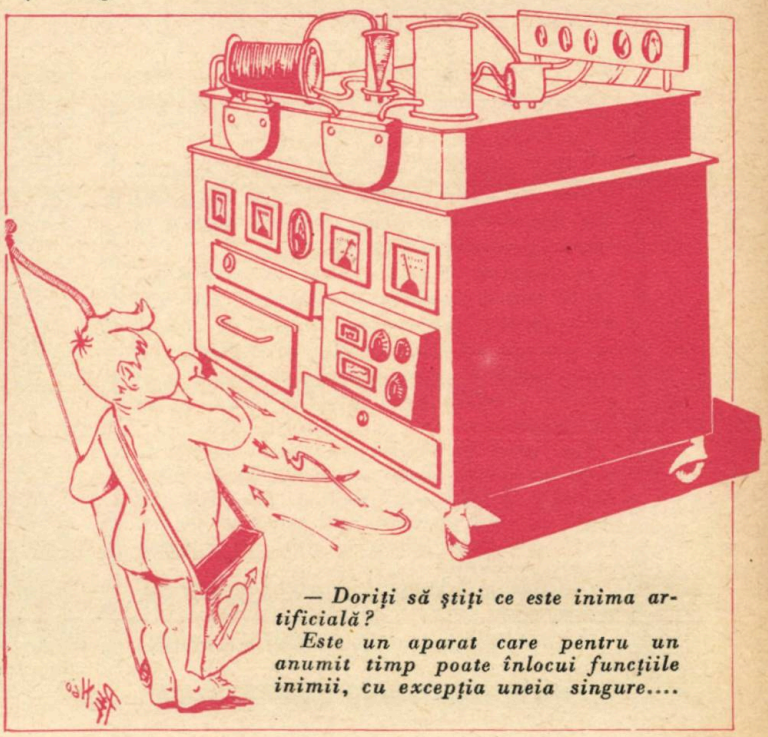
Cu ajutorul acestui aparat s-a putut realiza funcționarea organismului uman, fără inimă și plămîn, un timp mergînd pînă la 70 de minute, timp după care se face revenirea la normal a funcțiilor suprimate. Acest aparat construit din oțel, sticlă și material plastic, poate să înlocuiască în excelente condiții funcția inimii și a plămînului, lucru care, nu de mult, ar fi putut fi considerat de domeniul fanteziei sau al povestirilor fantastico-extraordinare. Aparatul inimă — plămîn artificial se compune din următoarele părți principale:

— un sistem de canule pentru aspirarea sîngelui din sistemul venos (venele cave);

— un dispozitiv care să permită oxigenarea sîngelui, eliberarea bioxidului de carbon, umidificarea și încălzirea oxigenului, reținerea eventualilor corpi străini. Toate aceste roluri pe care le joacă această parte a aparatului a făcut să i se dea numele de „plămîn artificial", prin analogie cu funcțiile plămînului adevărat;

— așa-zisă „inimă artificială", formată dintr-un sistem de pompe, care au drept scop reintroducerea în organism a sîngelui oxigenat prin „plămînul artificial";

— un sistem de aparate de control care reglează cantitatea de sînge care se scoate și care se introduce în organism



— Doriți să știți ce este inima artificială?

Este un aparat care pentru un anumit timp poate înlocui funcțiile inimii, cu excepția uneia singure....

(între ele trebuind să fie o perfectă sincronizare cantitativă), aparate şi manometre care reglează ritmul, presiunea etc.;

— un sistem de tuburi care leagă între ele diversele părţi componente ale aparatului.

După cum se vede din descrierea sumară, acest aparat este construit dintr-un număr foarte mare de piese, putînd rivaliza cu cea mai complicată maşină din industrie.

CUM FUNCŢIONEAZĂ APARATUL?

După ce bolnavul este anesteziat, se deschide toracele şi se introduc în venele cave sonde din material plastic, prin care se aspiră sîngele venos din cave. Prin aceste sonde sîngele venos ajunge în „plămînul artificial", unde prin diferite sisteme este pus în contact cu oxigenul. Sîngele astfel oxigenat este trecut în „inima artificială", care îl pompează în arterele organismului (artera femurală sau artera membrului inferior). Acest mod de trecere a sîngelui din organism în afara lui şi apoi reintroducerea în organism a primit numele de circulaţie extracorporeală (în afara corpului).

Funcţionarea inimii — plămîn artificial, atît de simplă la prima vedere, este în realitate foarte complicată, necesitînd o echipă de medici cu experienţă, care să urmărească în fiecare moment bolnavul şi aparatul, deoarece o cît de mică defecţiune produsă la ultimul, poate duce la tulburări serioase în organismul bolnavului.

Cu ajutorul acestui aparat au putut fi operate o serie de boli ale inimii ca: boala albastră la copii, comunicaţii interventriculare (orificii între cele 2 camere inferioare ale inimii), comunicaţii interatriale (orificii între cele 2 camere superioare ale inimii) etc.

Progresele realizate de perfecţionarea aparatelor şi tehnica chirurgicală au făcut ca proporţia cazurilor mortale să scadă, în cîţiva ani, de la 35% la 3—4% şi chiar 1—2%.

COLECŢIA „MEDICINA PENTRU TOŢI"

Editura medicală a iniţiat editarea unei colecţii intitulate „MEDICINA PENTRU TOŢI", care va cuprinde cele mai actuale şi importante teme de medicină şi igienă, scrise pentru marele public.

În colecţie se vor publica sfaturi cu privire la modul de viaţă şi alimentaţie în unele boli, cum sînt: boala ulceroasă, hipertensiunea arterială etc. Părinţii vor găsi cele mai ştiinţifice metode de creştere şi educare a copiilor lor, sfaturi privitoare la debutul, recunoaşterea şi primele măsuri ce trebuie luate în caz de boli infecţioase.

Prin modul de tratare, prin sfaturile pe care le conţin, lucrările din colecţia „MEDICINA PENTRU TOŢI" înarmează pe toţi oamenii muncii cu cunoştinţele necesare păstrării şi promovării unei optime stări de sănătate, atît pentru fiecare în parte, cît şi pentru întreaga colectivitate.

Completaţi-vă biblioteca cu colecţia „MEDICINA PENTRU TOŢI".

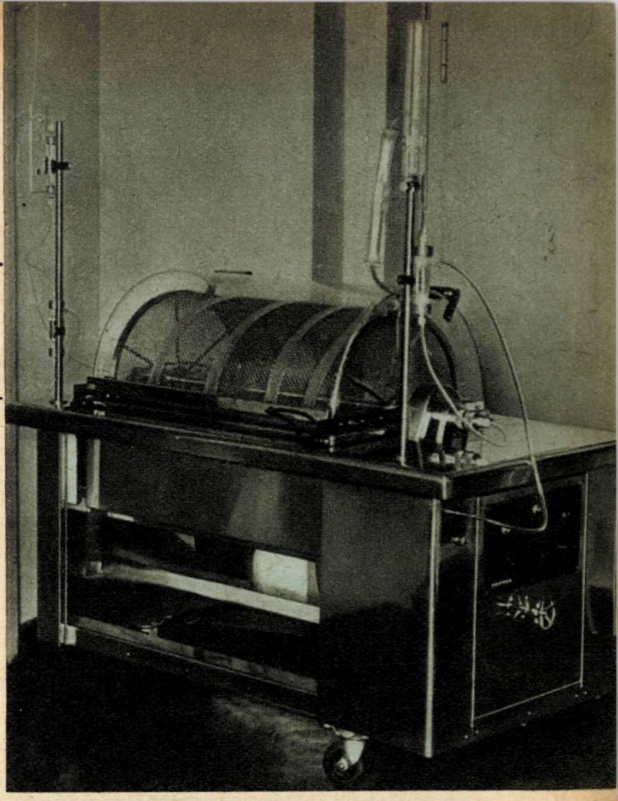
Nici o familie fără colecţia „MEDICINA PENTRU TOŢI".

Ştiaţi că...

... infarctul miocardic (după unele statistici) survine mult mai rar la locuitorii oraşului Neapole, care consumă mai ales ulei de măsline, decît la populaţia Suediei, care consumă mai ales grăsimi animale?

... ateroscleroza este mult mai rară la chinezi, care ingeră mai puţine grăsimi, decît la europeni care consumă cantităţi mult mai mari de grăsimi? Pe de altă parte, grăsimile consumate de chinezi sînt cel mai adesea de origine vegetală, în timp ce acelea consumate de europeni sînt de natură animală.

RINICHIUL ARTIFICIAL



Unul din factorii care menţin normală activitatea corpului omenesc este eliminarea substanţelor care rezultă din procesele de transformare a materiei străine organismului, în substanţe proprii lui.

Din cele 4 căi de eliminare folosite de organism — plămîn, piele, intestin şi rinichi — ultima este cea mai importantă, urina eliminînd cea mai mare parte a substanţelor nefolositoare (toxice) organismului.

Dacă din anumite cauze rinichii se îmbolnăvesc, funcţia de eliminare a produşilor toxici este tulburată şi apare intoxicarea organismului, care pericliteză uneori viaţa bolnavului.

Semnul cel mai important de suferinţă a rinichilor este scăderea cantităţii de urină, care poate ajunge, în cazurile grave, pînă la lipsa totală de formare a urinii (anurie).

Printre cauzele cele mai importante de îmbolnăvire a rinichilor (blocarea rinichilor) sînt: intoxicaţiile (cu mercur, plumb, sulfamide), accidentele în care se produc distrugeri mari în organism (zdrobirea membrelor), stări infecţioase (difterie, septicemii după avorturi nemedicale), arsuri întinse, piatra la rinichi, transfuzii de sînge incompatibil etc.

Pentru a fi salvată viaţa bolnavilor cu anurie este necesar un tratament intens, care să asigure eliminarea substanţelor toxice din organism, pînă la reluarea funcţiei rinichilor (deblocarea rinichilor).

În decursul timpului s-au încercat diferite mijloace de eliminare a substanţelor toxice pe altă cale decît rinichiul (extrarenală). Dintre aceste metode, cele mai eficace sînt acelea care pun în contact, prin mijlocirea unor pereţi (membrane) naturali (intestin, peritoneu) sau artificiali (foiţă de celofan), sîngele bolnavului cu un lichid artificial, a cărui compoziţie este asemănătoare cu cea a lichidelor din organismul normal.

Pentru acest scop s-a creat un aparat „rinichiul artificial", nume care nu este însă potrivit, deoarece acest aparat este foarte voluminos (are o lungime de aproape 2 m şi o lăţime de circa 80 cm) şi nici nu funcţionează ca rinichiul de om.

În linii mari aparatul este compus dintr-un cilindru de sîrmă pe care se înfăşoară un tub de celofan lung de 30—50m. Aparatul este prevăzut cu un rezervor (baie) în care se găseşte soluţia artificială (dializantă) şi cu două pompe care extrag şi introduc sîngele în corpul bolnavului.

Cum funcţionează aparatul?

După montarea aparatului se face controlul tubului de celofan, care nu trebuie să aibă nici o spărtură. Dacă există vreun orificiu în tub, acesta se va schimba, în caz contrar producîndu-se accidente grave (pătrunderea de microbi în sîngele bolnavului). Dacă tubul de celofan este întreg, se introduc în el 1 000—1 300 ml

sînge din aceeași grupă cu sîngele bolnavului. Se controlează din nou, de această dată avînd grijă ca în tubul de celofan să nu existe aer, care ar putea duce la accidente prin astuparea unui vas de sînge printr-o bulă de aer (embolie gazoasă).

O dată asigurată funcționarea bună a aparatului, se trece la punerea lui în legătură cu bolnavul. Pentru aceasta se introduce un tub de material plastic într-o venă de la nivelul îndoiturii brațului și un alt tub într-o venă de la nivelul coapsei bolnavului.

În timpul următor se face legătura între cele două tuburi și aparat.

Din acest moment se începe ședința de dezintoxicare (epurare): sîngele bolnavului este scos din organism prin tubul de la coapsă, este trecut prin tubul de celofan, care se învîrtește în baia cu lichid artificial, unde este curățat de substanțele toxice, iar apoi este introdus din nou în corpul bolnavului, prin tubul de la braț.

Această ședință durează 3 — 6 ore, timp în care sîngele bolnavului este trecut cam de 10 ori prin aparat.

În timpul ședinței, bolnavul este supravegheat atent, controlîndu-i-se pulsul, tensiunea arterială, respirația, timpul de coagulare etc. Se controlează, de asemenea, din oră în oră, cantitatea de uree, de sodiu, de potasiu etc. din sînge și se schimbă lichidul artificial.

Rinichiul artificial reprezintă una din marile descoperiri ale timpului nostru, care a reușit să salveze viața multor oameni. Pentru a ne da seama de aceasta, trebuie să arătăm că, dacă înainte mortalitatea în cazurile de blocare a rinichilor (anurie) era de 90%, acum a scăzut la 7% și desigur că îmbunătățirea continuă a metodei va face ca ea să scadă și mai mult.

VENTUZELE

Ventuzele au asupra organismului o acțiune complexă. Prin vidul care se produce la suprafața pielii se rup capilarele (vasele cele mai subțiri) și sîngele iese în afară, unde produce o pată de culori variate (la început roșie-vînătă, apoi albastră-verzuie, galbenă) iar substanțele din sînge se descompun și se resorb, acționînd asupra organismului.

Indicațiile ventuzelor *sînt constituite de stările gripale, congestiile pleuro-pulmonare nevralgiile intercostale. Uneori se folosesc cu scop diagnostic în febrele eruptive (scarlatina) și în bolile de sînge caracterizate prin sîngerare foarte ușoară.*

Tehnică. *Se folosesc 16—20 de ventuze din sticlă groasă, cu marginea rotundă și netedă, pentru a nu pătrunde în piele. Bolnavul este culcat cu fața în jos, cu mîinile în lungul corpului. Se fricționează ușor pielea cu mîna uscată cîteva minute, pentru a mări vascularizația cutanată; se unge cu un strat subțire de vaselină, ceea ce permite o mai bună fixare a ventuzelor. După ce s-a înmuiat tamponul de vată în alcool, se stoarce și se dă foc. Se ia din cutie (aflată la îndemînă) o ventuză, în care se introduce tamponul aprins timp de 2—3 secunde și se aplică apoi imediat ventuza pe piele. Nu se recomandă metoda de trecere a alcoolului dintr-o ventuză în alta, întrucît expune la arsuri periculoase. Ventuzele se mențin 10—15 minute. Scoaterea lor se face prin înclinarea ventuzei într-o parte, iar cu degetul se apasă tegumentele; aerul pătrunde înăuntru și ventuza este scoasă cu ușurință. După scoaterea ventuzelor se fricționează pielea cu alcool.*

Locul de aplicare al ventuzelor: în față în regiunea subclaviculară, pe fața anterioară și laterală a toracelui; în spate în regiunea de deasupra omoplatului, în spațiul dintre omoplat și coloană și la baza toracelui (nu se aplică pe regiunea omoplatului și pe coloana vertebrală).

Ventuzele scarificate *(ventuze cu sînge) acționează printr-o descongestionare activă, fiecare ventuză extrăgînd circa 10—15 ml sînge. Se aplică întîi ventuze uscate; după ce le scoatem, dezinfectăm regiunea cu alcool, scarificăm (tăiem) pielea (cu un aparat mecanic numit scarificator sau cu briciul sau lama de bărbierit) și aplicăm din nou ventuze. În 5—6 minute ventuza se umple cam 1/3 cu sînge.*

Indicațiile lor sînt: recoltarea de sînge pentru analize; în insuficiența cardiacă (se aplică în regiunea ficatului sub coaste 2 sau 4 ventuze); în congestiile renale se aplică 4 ventuze în regiunea lombară.

Noiembrie

L		6	13	20	27
M		7	14	21	28
M	1	8	15	22	29
J	2	9	16	23	30
V	3	10	17	24	
S	4	11	18	25	
D	5	12	19	26	

HERCULANE

Stațiune balneo-climatică permanentă, situată în Regiunea Timișoara, raionul Mehadia.

Este așezată pe valea rîului Cerna, la extremitatea de vest a Carpaților meridionali. Este înconjurată de munții Cernei, acoperiți de păduri de fag și stejar, care o feresc de vînturi puternice. Stațiunea se află la o altitudine de 160 m. Climatul stațiunii are un caracter de tranziție de la clima continentală la clima mediteraneeană, datorită influenței mării Adriatice. În lunile de vară nopțile sînt răcoroase, iar zilele călduroase. Iernile sînt blînde, luna cea mai rece — ianuarie — avînd temperatura medie de — 1°. Media pe timpul iernii este de 0,9°, iar vara de 22°. Nebulozitatea este redusă. Maximum de precipitații atmosferice cad în lunile noiembie și decembrie, iar minimum în luna august. Vînturile sînt rare și mai ales din sud și nord.

Influența climei mediteraneene se vădește și în flora specifică din această regiune, asemănătoare celei din țările balcanice și mediteraneene.

Factorii terapeutici din stațiune sînt reprezentați în afară de climatul de cruțare, de o serie de izvoare cu ape minerale termale (cu temperatura între 45 și 55°), cu diferite compoziții chimice, care pot fi utilizate, atît pentru cură externă (băi), cît și pentru cură internă. Cele mai importante izvoare sînt:

— izvoarele sulfuroase, cloruro-sodice, calcice, hipotone termale (Cloșca 1 și Horia);

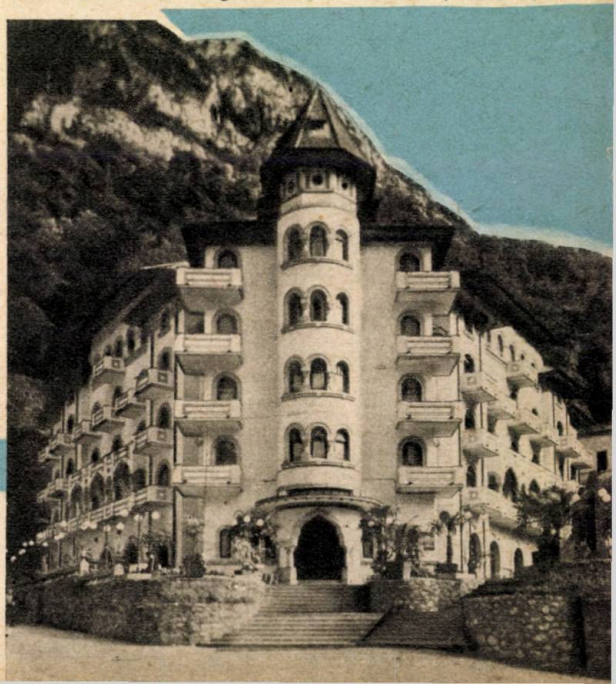
— izvoare cu apă bicarbonatată, cloro-sulfatate, calcare, sodice, magneziene, oligometalice, mezotermale (Hercule);

— izvoare cu apă cloruro-sodică, calcică, hipotonă atermală (Hygea);

— izvoare cu ape sulfuroase, sulfhidrice, cloruro-sodice, calcice, hipotone termale (izvoarele 7 Noiembrie, Cloșca 2, izvorul de ochi);

— izvoare cu ape cloruro-sodice, calcice, sulfuroase, hipotone mezotermale (Dragalina) și termale (Crișan).

În stațiune există numeroase instalații de cură, cu buvete pentru cură internă, instalații pentru băi calde

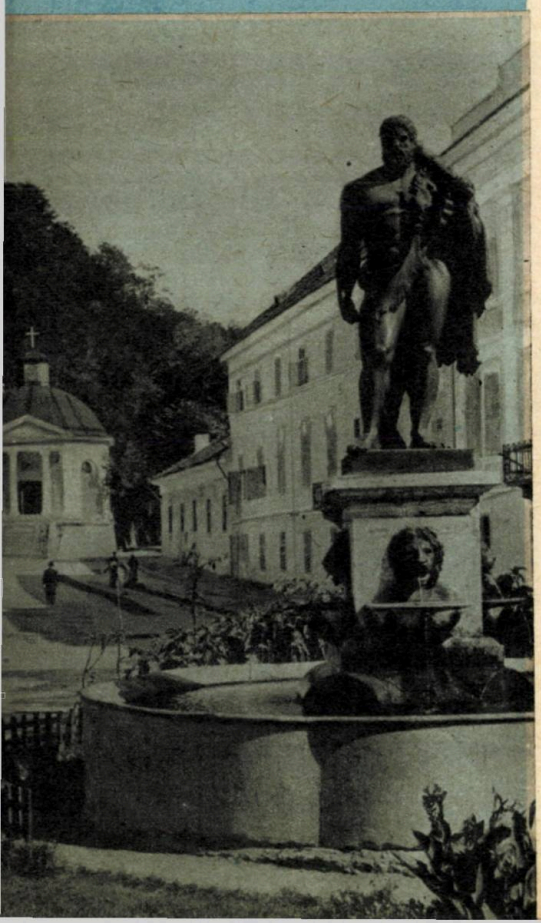


Vila Cerna.

termale (sulfuroase) şi băi clorurosodice, instalaţii de fizioterapie, instalaţii pentru inhalaţii şi aerosoli, ştrand pe malul Cernei cu solarii pentru aero- şi helioterapie, sală de cultură fizică medicală.

Staţiunea este indicată pentru bolnavii cu afecţiuni ale aparatului locomotor (boli ale articulaţiilor, oaselor, muşchilor, în special reumatism cronic degenerativ), afecţiuni ale sistemului nervos periferic (nevrite, polinevrite, nevralgii), afecţiuni ginecologice, boli profesionale, precum şi boli ale tubului digestiv şi glandelor anexe (gastrite hipoacide, diskinezii biliare, colecistite cronice).

Statuia lui Hercule şi domul.



ŞTIAŢI CĂ...

... staţiunea Herculane este renumită ca loc de cură de peste 2 000 de ani? Primele informaţii istorice datează de pe vremea războaielor dacoromane, cînd romanii au construit o cetate pe locul oraşului Mehadia şi au descoperit izvoarele termale din valea Cernei, cărora le-au dat denumirea de „Thermae Herculi". După ce se construiseră aici temple, băi şi monumente închinate lui Hercule, Esculap şi Hygea, zeităţi romane, staţiunea a fost inaugurată în anii 105 — 107 î.e.n., cunoscînd o perioadă de înflorire de peste 170 de ani?

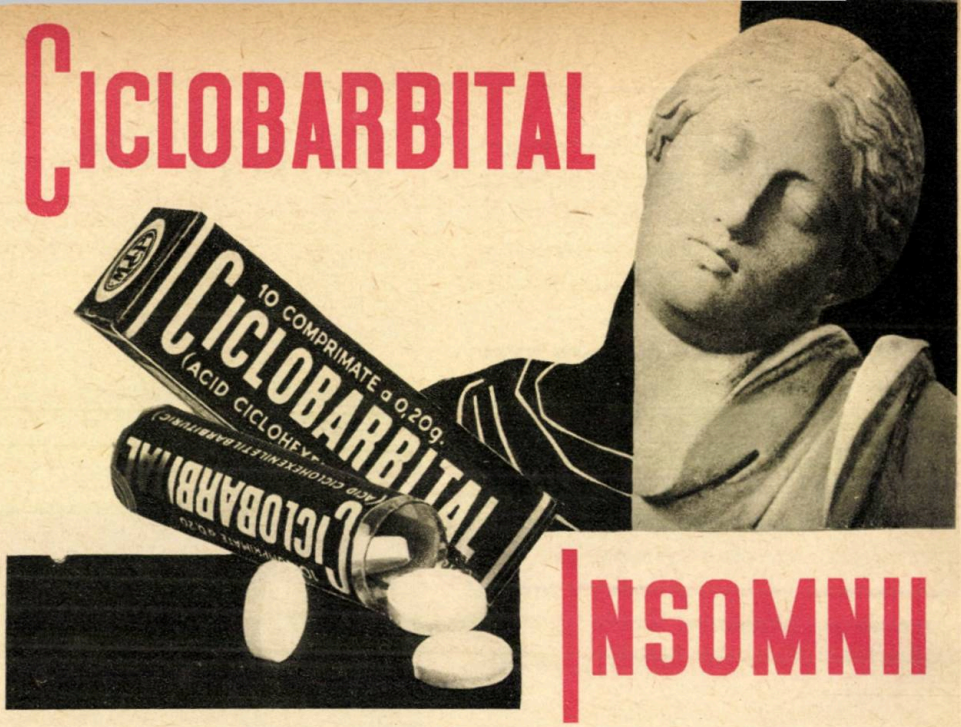
... în prezent se mai găsesc în staţiune numai 5 plăci comemorative fixate pe peretele coridorului de pe podul Cernei? Celelalte au fost trimise de către stăpînirea austro-ungară la Viena?

... în perioada stăpînirii turceşti, staţiunea a fost în mare parte distrusă şi lăsată în părăsire. După 1789, cînd turcii părăsesc definitiv Banatul, se acordă o atenţie deosebită staţiunii, datorită marilor posibilităţi de exploatare pe care le ofereau factorii curativi din staţiune?

... Hartridge a arătat în 1920 că liliecii se orientează în spaţiu (prin întuneric) datorită faptului că emit unele ultrasunete care sînt reflectate de obiectele înconjurătoare?

Spre deosebire de om, care percepe sunete de 16 000—20 000 Herzi, liliecii pot percepe ultrasunetele cu frecvenţă de 95 000—98 000 de oscilaţii pe secundă (H_z). Cercetătorul sovietic Zvorîkin a arătat că această proprietate a liliecilor are ca substrat dezvoltarea comparativ mult mai mare la aceste animale faţă de om a unor anumite formaţiuni subcorticale (de sub scoarţa creierului), care sînt foarte voluminoase şi au o structură mult mai complexă?

CICLOBARBITAL



INSOMNII

Medicamentul Ciclobarbital care se eliberează numai la prescripția medicului este indicat în insomniile de diverse cauze, precum și în stările de excitație. El are o puternică acțiune hipnotică, fără a produce însă fenomenele secundare observate la deșteptare după alte somnifere (dureri de cap, toropeală).

Otalgin picături se recomandă în instilații locale pentru descongestionarea și calmarea durerilor în otitele medii nepurulente. Adresați-vă medicului dvs. de circumscripție pentru prescrierea tratamentului adecvat.

OTALGIN

Sfaturi cosmetice

ÎNGRIJIREA DIFERITELOR TIPURI DE PIELE

Pielea normală este netedă, are porii mici, invizibili cu ochiul liber. Un asemenea tip de piele se întîlneşte însă foarte rar, în general pielea fiind sau grasă sau uscată, între aceste două tipuri existînd un mare număr de combinaţii intermediare.

Tenul gras, seboreic, se caracterizează îndeosebi printr-o secreţie abundentă a glandelor sebacee — sebumul, care dă pielii un aspect unsuros şi lucios.

Persoanele cu tenul gras se ridează mai greu, însă suferă de alte neajunsuri, pielea fiind aspră, veşnic unsuroasă, predispusă la apariţia coşurilor şi a punctelor negre. Îngrijirea se face ţinînd seama de gradul de grăsime. În general este admisă spălarea obrazului cu apă călduţă şi săpun. Sînt multe persoane care nu suportă nici cel mai bun săpun neutru, deoarece, dizolvat în apă, dă soluţii alcaline care irită pielea sensibilă. De aceea, pentru o curăţenie temeinică a feţei, se pot folosi şi loţiuni de faţă acide, alcoolice, ca de exemplu: acid salicilic 0,50 g, acid boric 1 g, camfor 1 g, alcool 30 g, apă 70 g. În genere, nu trebuie să se depăşească o concentraţie alcoolică mai mare de 50%, concentraţia cea mai potrivită fiind de 30—40%. Unele persoane obişnuiesc să folosească pentru spălat apa fierbinte, dar acest procedeu practicat un timp îndelungat moleşeşte pielea şi dilată porii. În anumite cazuri, cînd sînt indicate compresele cu apă caldă, ele trebuie să fie urmate neapărat de o spălare cu apă rece. Cel mai bine este să se folosească apa de ploaie, care nu conţine un procent de calcar asemenea apei de la conductă. Cum aceasta nu ne-o putem procura în orice moment, sîntem nevoiţi să folosim apa obişnuită, care are însă uneori efecte dăunătoare, înăsprind pielea prin depunerea calciului în pori. Acest efect poate fi evitat prin spălarea ulterioară cu o apă acidă, fie apă cu acid boric (4%), fie apă cu suc de lămîie.

În cazul tenurilor excesiv de grase se poate folosi apa boraxată (o linguriţă la 1 litru de apă) sau soluţiile alcaline, ca de exemplu borax 1,5 g, alcool 15 g, apă de roze 85 g. Atît într-un caz, cît şi în celălalt se va spăla apoi obrazul cu apă acidulată. Utilizarea degresantelor prea puternice ca benzina, tetraclorura de carbon, acetona, alcolul concentrat, soda, este contraindicată, deoarece ele produc o hipersecreţie spontană a glandelor sebacee. Supunerea glandelor sebacee la un asemenea efort înrăutăţeşte şi mai mult starea persoanei respective. Un degresant uşor este trietanolamina 3—5% în soluţie apoasă. În genere, un ten gras prezintă pori dilataţi. În cazul acesta sînt recomandate loţiunile alcoolice astringente (alaun 1 g, suc de lămîie 20 g, alcool 20 g, apă 60 g), cu care se va şterge obrazul dimineaţa şi seara la culcare. De asemenea sînt indicate loţiunile cu suc de castraveţi care se prepară din castraveţii tăiaţi şi storşi, la care se adaugă o cantitate egală de alcool. Nu se va folosi apa caldă, deoarece dilată şi mai mult porii.

Tratamentul cu măşti dă rezultate foarte bune. Astfel, se pot folosi: masca cu albuş de ou amestecat cu zeamă de lămîie sau o mască absorbantă din cao-

lin 15 g, tărîţe de grîu 15 g, miere de albine 5 g, apă cît cuprinde, pînă se obţine o pastă sau o mască din drojdie de bere 25 g, miere de albine o linguriţă, suc de lămîie 10 g. Măştile se aplică numai după ce s-a curăţat în prealabil obrazul, iar pentru a obţine o relaxare totală, vom menţine în acest timp şi corpul în poziţie orizontală. Măştile se scot cu apă caldă, aplicîndu-se apoi comprese reci.

O mare greşeală este folosirea unor creme grase, pe bază de lanolină, grăsimi animale, vaselină etc., deoarece irită epiderma.

În tratamentul tenului gras sînt recomandate cremele pe bază de stearat sau glicerolat de amidon, la care se poate adăuga oxid de zinc sau oxid de titan în proporţie de 10%. Aceste creme se vor folosi după ştergerea obrazului cu loţiuni astringente, alcoolice sau după spălare cu săpun. Nu se vor menţine pe obraz decît jumătate de oră, după care se vor şterge cu ajutorul unui tampon de vată. Cu toată grăsimea obrazului, deseori se formează riduri în jurul ochilor, fiind necesar ca pe această porţiune să se aplice o cremă grasă hrănitoare, care se va păstra şi în cursul nopţii.

Pudrele sînt necesare şi chiar foarte recomandate în cazul tenului gras, deoarece ele absorb grăsimea şi fac să dispară luciul. De multe ori, în cazuri de seboree excesivă, este necesar să se recurgă la pudre şi loţiuni speciale pe bază de sulf. În general, la persoanele cu tenul gras, pielea este presărată pe tot obrazul sau numai în anumite regiuni de puncte negre care dau obrazului un aspect murdar şi neîngrijit. Aceste puncte negre se pot îndepărta fie de însăşi persoana respectivă, fie de o specialistă. Pentru această operaţie sînt necesare o serie de măsuri în scopul de a evita infectarea obrazului, dilatarea porilor, iritarea pielii etc. De aceea se procedează în felul următor: se curăţă obrazul cu o loţiune sau un lapte de demachiat, îndepărtînd astfel fardul sau impurităţile depuse pe piele în cursul zilei. Regiunea din jurul ochilor se va unge cu cremă grasă. Se expune apoi obrazul la abur pe care l-am realizat punînd la încălzit un vas cu apă în care s-a aruncat un pumn de muşeţel. După 10 minute se trece la stoarcerea punctelor negre. Operaţia se face cu ajutorul a două degete învelite în tifon steril. Se şterge apoi obrazul cu o loţiune alcoolică, astringentă, realizîndu-se astfel dezinfectarea feţei şi închiderea porilor. Se aplică una din măştile amintite mai sus care se lasă pe obraz timp de 20—30 de minute, se scoate cu apă caldă, se aplică apoi comprese cu apă rece, se unge obrazul cu puţină cremă de zi, care se şterge după jumătate de oră şi se pudrează. Această operaţie este recomandabil să se facă la 2—3 săptămîni. Ca tratament zilnic sînt indicate loţiunile pe bază de pepsină (pepsină 1 g, acid citric 1 g, apă 100 g), cu care se va şterge obrazul seara înainte de culcare.

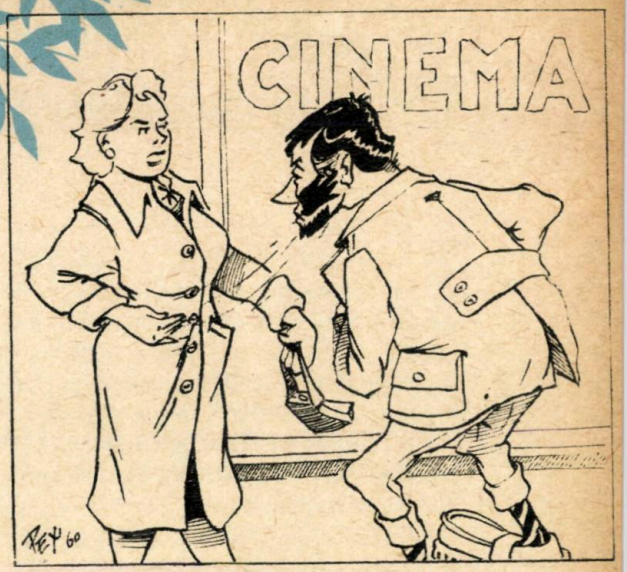
Femeilor muncitoare, cu tenul gras, care lucrează în fabrici textile, uzine, laboratoare etc., unde atmosfera este încărcată cu aburi, praf, gaze, li se recomandă să-şi aplice pe piele dimineaţa înainte de începerea lucrului un strat uşor de cremă de zi, după ce obrazul a fost spălat în prealabil cu apă rece, după care să se pudreze uşor. În felul acesta se formează pe piele un strat protector. După întoarcerea de la lucru se impune o curăţire riguroasă a obrazului, prin ştergerea lui cu o loţiune sau un lapte de demachiat, după care se pot aplica sucuri de fructe, castraveţi, morcovi, care se lasă să se usuce pe obraz, apoi se spală şi se aplică puţină cremă.

Pielea uscată se caracterizează printr-o insuficientă secreţie a glandelor sebacee. Persoanele cu tenul uscat sînt în genere cele mai predispuse la formarea ridurilor. În cazul tenului uscat sînt interzise spălările cu săpun, apă

caldă, se vor evita soluțiile alcoolice, soluțiile alcaline, glicerina. Curățirea obrazului se va face cu cremă sau lapte de demachiat. Este recomandabil ca obrazul să fie spălat cu apă rece. Se vor folosi în schimb aplicări de lungă durată și abundente de creme grase nutritive. În cazul tenurilor excesiv de uscate, crema poate rămîne pe obraz și în cursul nopții. Rezultate bune se pot obține și prin folosirea cremelor grase și a coldcremelor, topite în prealabil și aplicate calde. Crema este recomandabil să fie aplicată pe un obraz a cărui piele a fost frecată în prealabil cu un burete de cauciuc, deoarece în felul acesta porii sînt ușor dilatați și crema pătrunde mai bine în piele. Cremele foarte grase, preparate din grăsimi hidrofile, care reține bine apa, sînt ușor absorbite, cînd sînt aplicate pe o piele spălată și frecată. Nu sînt recomandabile cremele de zi pe bază de stearați, deoarece pot produce descuamații și înroșiri ale pielii.

În îngrijirea tenului uscat, măștile joacă un rol important, cele mai indicate fiind măștile cu parafină (parafină 30 g, ceară albă 10 g, lanolină 5 g, ulei de parafină 20 g), care se aplică calde. Ele au acțiune congestivă și produc o puternică sudație. Măștile din gălbenuș de ou, drojdie, caolină cu miere și sucuri de fructe, cataplasmele cu ulei, sînt de asemenea foarte indicate o dată pe săptămînă. Pudra nu trebuie folosită decît după ce obrazul a fost uns cu coldcremă sau cremă grasă.

Femeile cu tenul uscat care lucrează în ateliere, fabrici, uzine, la munci agricole etc., trebuie să-și îngrijească în mod special tenul, folosind la toaleta de dimineață apa obișnuită, după care vor unge obrazul cu coldcremă sau o cremă grasă pe bază de lanolină, pudrîndu-l apoi cu un strat ușor de pudră. La întoarcerea de la lucru, pielea trebuie curățată cu o cremă grasă de demachiat sau cu un lapte de toaletă. Cu două ore înainte de culcare se va



„Îngrijirea obrazului"!

aplica o cremă grasă și hrănitoare, care se va șterge înainte de culcare. Cele cu obrazul foarte uscat vor putea rămîne unse și în cursul nopții.

În cazul tenului normal este necesară de asemenea curățirea zilnică a pielii, care se va realiza prin folosirea cremelor de demachiat, laptelui de toaletă sau loțiunilor ușor alcoolice. Toaleta de dimineață va începe prin spălarea cu apă și aplicarea unei creme care se va șterge după o jumătate de oră, după care obrazul se va pudra. În rest, tratamentul se va conduce după tendința mai totdeauna prezentă înspre pielea uscată sau grasă și după împrejurări ca: anotimp, specificul activității etc.

De cele mai multe ori tenul este combinat sau mixt. În acest caz se va ține seama de recomandările pentru tenul gras, care se vor aplica pe aceste porțiuni, iar pentru porțiunile uscate se vor aplica metodele arătate la tenul uscat.

Toate tratamentele vor fi aplicate și gîtului și decolteului, deoarece acestea se ridează de timpuriu.

ALIMENTAȚIA în convalescența hepatitei epidemice

Este foarte mare greşeala pe care o fac unii bolnavi de hepatită epidemică de a se considera vindecați o dată cu dispariția icterului. În realitate, boala își poate continua evoluția, atît datorită persistenței în organism a virusului care a cauzat-o, cît şi faptului că vindecarea leziunilor hepatice are loc printr-un proces lent de regenerare celulară.

În toată această perioadă, a cărei durată poate fi apreciată la 10 luni—1 an, fostul bolnav de hepatită trebuie să aibă un regim de viață şi o dietă corespunzătoare, care să dea posibilitatea refacerii organismului şi să favorizeze ameliorarea stării ficatului.

În afara repausului fizic şi intelectual, pe care legile statului nostru îl asigură prin acordarea unui concediu medical, cu o durată care variază în funcție de gravitatea bolii, este necesară o alimentație bogată, în care trebuie să predomine anumite alimente şi din care e necesar să fie excluse cu desăvîrşire altele.

Numai prin evitarea eforturilor fizice în timpul convalescenței (fiind permise doar mici plimbări prin casă sau curte) şi prin respectarea cu strictețe a regulilor dietetice indicate mai jos se poate obține vindecarea în bune condiții, fiind astfel înlăturată posibilitatea cronicizării hepatitei şi a evoluției ei către ciroză. Trebuie să insistăm asupra faptului că în toată această perioadă este necesar un control medical repetat, iar sfaturile medicului şi indicațiile lui terapeutice respectate întocmai.

Dintre alimentele permise ținem să recomandăm în primul rînd pe cele bogate în proteine, substanțe care favorizează procesele de sinteză prin care are loc repararea celulelor hepatice ce au avut de suferit de pe urma agresiunii virotice; astfel sînt: carnea de pasăre, carnea slabă de vacă, rasol sau friptură, peştele alb (şalăul, ştiuca), brînza proaspătă de vacă, iaurtul, laptele, telemeaua desărată, 1 ou fiert moale la 2 zile etc.

Un accent deosebit trebuie pus de asemenea pe făinoase, pe fructe şi pe unele zarzavaturi, datorită bogăției lor în zaharuri, vitamine şi săruri minerale, substanțe bine tolerate de bolnavii convalescenți şi în acelaşi timp utile în vederea refacerii glicogenului celulelor hepatice şi echipamentului lor enzimatic.

Astfel sînt permise: orezul, grişul, fulgii de ovăz, pastele făinoase de orice fel (macaroane, fidea, tăiței), pîinea albă prăjită, chiflele, biscuiții, strugurii, lămîile, portocalele, căpşunile, merele şi alte fructe, mai ales sub formă de compot, roşiile, salata verde, cartofii şi alte zarzavaturi, în supe sau soteuri.

Dintre prăjituri le recomandăm numai pe cele de casă, şi anume prăjiturile cu marmeladă, budincile, papanaşii, bezelele.

Intenționat am lăsat la urmă alimentele bogate în grăsimi. Substanțele grase, în general, sînt prost suportate de bolnavii care au afecțiuni hepatice; ele au o influență negativă asupra vindecării celulelor hepatice, întrucît,

ducînd la încărcarea lor grasă, favorizează procesele degenerative, care pot fi urmate de scleroză, ajungîndu-se la ciroza hepatică. Avînd în vedere că o cantitate mică de grăsimi este totuşi necesară, putem permite în alimentaţia convalescenţilor de hepatită cantităţi mici de unt (20—30 g) şi untdelemn (30 g); acestea, împreună cu grăsimile din lapte, constituie cantitatea de 60—70 g grăsimi, cantitate zilnică care nu trebuie în nici un caz depăşită.

Făcînd înşiruirea alimentelor permise, dintre care unele sînt recomandate ca fiind deosebit de utile, putem deduce pe cele interzise. Vom insista numai asupra celor mai dăunătoare, al căror consum poate avea urmări extrem de neplăcute. Iată-le: băuturile alcoolice (ţuica, vinul, lichiorul, vermutul), cafeaua, grăsimile (slănina, untura, şunca, grăsimile prăjite), carnea de porc, vînatul, peştele gras, afumăturile, mezelurile, conservele de orice fel, mazărea, fasolea, varza, nucile, castanele, condimentele (muştarul, piperul, hreanul, usturoiul, ardeiul iute, ceapa), prăjiturile cu creme, aluaturile dospite etc.

Lipsa de grijă în perioada convalescenţei duce la instalarea hepatitei cronice, boală destul de grea, al cărei tratament este relativ lung şi anevoios, în timp ce respectarea regimului dietetic arătat mai sus permite o evoluţie normală a proceselor de refacere hepatică, astfel încît după aproximativ 1 an fostul bolnav icteric, care a avut o hepatită epidemică, poate fi considerat vindecat şi, după un nou control medical, el îşi poate relua modul de viaţă normal.

SFATURI

CONSUMAŢI CARNEA NUMAI BINE FIARTĂ SAU BINE FRIPTĂ!

Carnea crudă, *fie a vitelor mari (vaci, boi), fie a celor mai mici (oi, porci) şi uneori chiar aceea a păsărilor sau peştilor, poate să conţină sămînţa multor boli care să fie primejdioase şi pentru oameni.*

În felul acesta, cei care consumă o astfel de carne, fără să fi fost bine fiartă sau bine friptă, se pot îmbolnăvi, cu destulă uşurinţă, de vreuna din numeroasele boli „comune" omului şi animalelor.

Prin căldură (fierbere, frigere), sămînţa unor asemenea boli este distrusă şi consumarea cărnii nu mai este primejdioasă.

Carnea bine fiartă sau bine friptă trebuie să fie albă, *pînă în adîncime, adică să fie bine pătrunsă de căldură. Numai în felul acesta, sămînţa bolilor a putut să fie distrusă.*

Pentru aceasta:

Consumaţi carnea numai bine fiartă, în bucăţi cît mai mici.

Consumaţi carnea numai bine friptă, în bucăţi cît mai subţiri!

Carnea „în sînge" este primejdioasă!

★

Consumaţi laptele bine fiert!

Laptele „crud", fie al vacilor sau bivolilor, fie al oilor sau caprelor, poate să conţină, de multe ori, sămînţa unor boli „comune" omului şi animalelor, care să treacă cu uşurinţă asupra celor care consumă laptele nefiert.

În felul acesta, febra aftoasă, bruceloza şi chiar tuberculoza pot să treacă, de la animalele bolnave, la oamenii sănătoşi. Mai cu seamă copiii, care sînt mai puţin rezistenţi, se pot îmbolnăvi cu destulă uşurinţă de asemenea boli.

Prin fierberea laptelui, sămînţa primejdioasă este distrusă şi îmbolnăvirile înlăturate. Consumaţi deci laptele bine fiert!

Lombo-sciatica

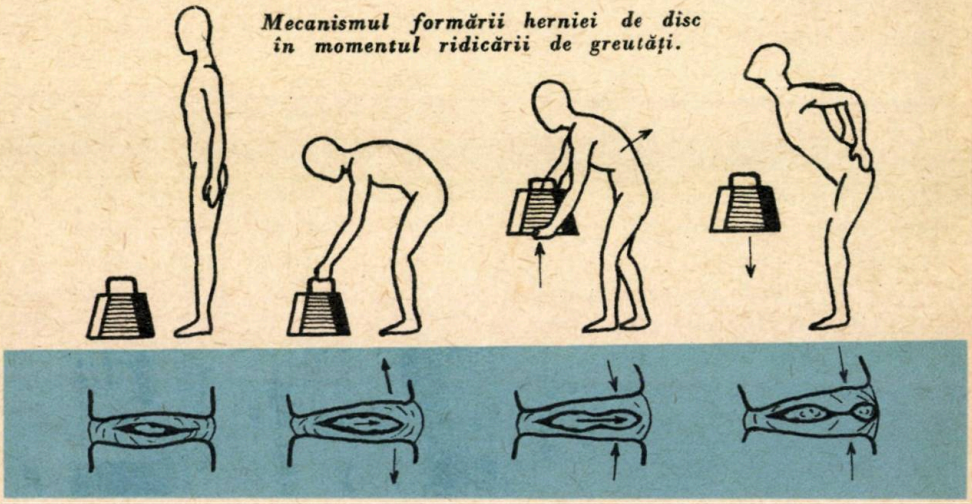
Deşi nu credem să fiţi dintre cei care să nu fi suferit niciodată de dureri de mijloc, totuşi chiar dacă sînteţi dintre aceştia, cel puţin aţi auzit pe unii din cei din jur plîngîndu-se în diferite situaţii de dureri de mijloc (lombalgii), de „lumbago", iar pe unii i-aţi văzut chiar ţintuiţi la pat de o boală neplăcută, care constă din dureri ce merg din „şale" de-a lungul unuia din picioare, dureri uneori foarte vii, care împiedică pe bolnav să lucreze, să meargă sau chiar să stea în picioare un timp mai îndelungat. După ce s-au prezentat la medicul de întreprindere sau de la policlinică, aţi auzit că boala de care suferă se numeşte „lombo-sciatică" şi poate că v-aţi întrebat ce este această boală şi cum şi în ce condiţii apare?

Vom încerca să vă răspundem la aceste întrebări.

Sciatica este o boală frecventă la indivizii adulţi între 25 şi 50 de ani, maximum de frecvenţă fiind după 40 de ani. Boala apare mai ales la bărbaţi, care prin profesiunea lor sînt supuşi la eforturi şi traumatisme.

Numele bolii derivă de la nervul sciatic, nerv care se formează din ultima porţiune a măduvei spinării, dintr-o serie de rădăcini (nervi rahidieni), care unindu-se dau naştere unui nerv gros cam cît degetul mic, care inervează membrul inferior (piciorul).

Mecanismul formării herniei de disc în momentul ridicării de greutăţi.



Coloana vertebrală este formată dintr-o serie de oase numite vertebre, între care se află un cartilaj în formă de disc, ce se cheamă din această cauză disc intervertebral şi care are rolul să permită coloanei vertebrale să fie mobilă. În interiorul unui canal format prin suprapunerea vertebrelor, care au fiecare cîte un orificiu, se află măduva spinării, din care se formează cîte o pereche de rădăcini la fiecare spaţiu dintre două vertebre. Aceste perechi de rădăcini din ultima parte a coloanei vertebrale şi anume din regiunea lombo-sacrată dau naştere nervului sciatic.

Discurile dintre vertebre au o structură specială, partea lor centrală fiind semilichidă, vîscoasă (denumită nucleu pulpos), ceea ce permite un anumit grad de amortizare a presiunii pe care o exercită greutatea părții superioare a corpului asupra vertebrelor, în special asupra celor din regiunea lombară, care au cel mai mult de suportat din greutatea corpului, deci din regiunea în care se formează nervul sciatic.

După vîrsta de 30 de ani, discurile cartilaginoase intervertebrale suferă un proces de uzură, de degenerare, care face ca să se strice echilibrul dintre tensiunea din interiorul nucleului pulpos și un inel fibros care înconjoară discul cartilaginos de jur împrejur. Din această cauză apare deci după 30 de ani posibilitatea ca nucleul pulpos, în cazul creșterii presiunii care se exercită asupra sa (în momentul ridicării de greutăți sau al unor traumatisme asupra coloanei lombare) să hernieze, adică să apese asupra inelului fibros, pe care îl rupe, ieșind înapoi mai ales, producînd în felul acesta compresiuni ale rădăcinilor nervilor sciatici, atunci cînd aceste hernii de disc se produc la nivelul discurilor dintre vertebrele a 4—a și a 5—a lombară sau între a 5—a lombară și prima vertebră sacrată.

Acest conflict mecanic dintre disc și rădăcinile nervului sciatic duce la iritarea acestora din urmă, cu apariția ulterior și a unui proces inflamator la nivelul nervului, care se traduce prin durerile ce constituie lombo-sciatica.

Acest mecanism de producere a lombo-sciaticii este cel mai frecvent, hernia de disc fiind cauza marii majorități a suferințelor sciaticului (peste 80 %), însă trebuie să vă spunem că mai sînt încă multe alte cauze care pot să dea lombo-sciatică, dintre care anumite intoxicații, diabetul, unele hemoragii din vasele care hrănesc nervul sciatic sau varice ale venelor din învelișurile măduvei spinării, precum și alte cauze ca tuberculoza vertebrală, tumori la nivelul coaloanei vertebrale sau în vecinătate etc.

Trebuie însă să reținem că majoritatea lombo- sciaticelor sînt datorite herniilor de disc sau discopatiilor (tulburări patologice ale discului intervertebral). Bineînțeles că precizarea cauzei reale a lombo-sciaticii o face numai medicul, căruia trebuie să ne adresăm ori de cîte ori este vorba de o asemenea suferință.

Lombo-sciatica beneficiază astăzi de numeroase posibilități de tratament, atît în clinicile medicale și balneologice, cît și în clinicile de chirurgie și ortopedie. La marea majoritate a bolnavilor de lombo-sciatică în fază acută sau chiar cronică, durerile cedează după repaus și tratament cu diferiți agenți fizici (aplicații de curent electric de diferite forme, aplicații de căldură prin diverse proceduri, lumină, ultraviolete etc.) sau cu ajutorul medicamentelor în serviciile care nu dispun de mijloace fizioterapeutice. Numai într-un mic procent din cazurile de lombo-sciatică vechi sau cu forme mai grave (3 %) este necesară intervenția chirurgilor, care prin operație înlătură cauza suferinței.

Este mai important însă ca un bolnav care se știe că este purtătorul unei hernii de disc să respecte anumite precauții, între care evitarea eforturilor fizice, a traumatismelor, a purtării de greutăți, expunerea îndelungată la frig etc. De asemenea la acești bolnavi este importantă gimnastica medicală, care duce la întărirea mușchilor și ligamentelor, la călirea organismului și la creșterea rezistenței la eforturi.

Prin respectarea acestor măsuri, purtătorii de discopatii sînt capabili de activități susținute și îndelungate, mulți ani de zile, fără ca durerile să reapară și să-i stînjenească în activitatea lor.

MASAJUL

Sfaturi cosmetice

Ridurile sau zbîrciturile apar de la o anumită vîrstă, datorită în special faptului că pielea își pierde cu timpul elasticitatea și netezimea ei normală. Pentru prevenirea ridurilor, în special în cazul tenurilor uscate și normale, se recomandă aplicarea cremelor grase. Pentru a ușura pătrunderea cremei în piele se va practica un masaj adecvat.

Masajul este un procedeu cosmetic folosit, atît pentru prevenirea formării ridurilor, cît și pentru atenuarea și dispariția celor deja formate. Prin masaj se realizează activarea circulației sîngelui, mărirea tonicității mușchilor, stimularea funcțiilor glandelor sebacee, prelungirea elasticității pielii, îndepărtarea stratului de celule moarte de pe suprafața pielii.

Masajul facial poate fi executat, fie de persoana respectivă, fie de o specialistă. Direcția mișcărilor în efectuarea masajului are o importanță mare, deoarece, neavînd cunoștințele speciale necesare, în loc să obținem o ameliorare a situației, putem provoca, dimpotrivă, rezultate dăunătoare.

Înainte de începerea masajului trebuie luate o serie de măsuri, și anume: părul trebuie legat cu o basma sau o fîșie de pînză pentru a evita murdărirea lui. Mîinile trebuie să fie curate și cu unghii scurte. Obrazul se va curăța cu o cremă sau un lapte de demachiat. Se va unge apoi cu o cremă grasă în cazul tenului uscat sau se va pudra cu talc în cazul tenului gras. Mișcările masajului nu trebuie să fie dureroase, masajul trebuie făcut fără brutalitate, ușor, în special pe porțiunile proeminente ale obrazului.

Fig. 1

Fig. 2

Fig. 3

Fig. 4

Fig. 5

În cele ce urmează, vom indica cîteva mişcări care, efectuate cu îndemînare, dau rezultate satisfăcătoare.

În cazul în care fruntea prezintă riduri verticale, se masează începînd de la mijloc înspre tîmple (fig. 1).

Pentru ridurile orizontale ale frunţii se execută mişcări cu degetele arătător şi mijlociu, de la sprîncene la rădăcina părului (fig. 2).

Masajul pleoapelor inferioare se execută prin tapotări uşoare în semicerc cu ajutorul a două-trei degete. Mişcarea se execută în acelaşi timp la amîndoi ochii (fig. 3).

Masajul pleoapelor superioare se efectuează cu ajutorul degetului arătător, pornind dinăuntru, în afară (fig. 4).

Masajul nasului se execută masînd aripile cu degetele mijlocii, printr-o mişcare circulară dinăuntru, în afară, cu ambele mîini deodată (fig. 5).

Masajul ridurilor de la ochi, denumite „laba gîştei", se execută cu ambele mîini, pornind de la colţul ochilor spre tîmple sau descriind cercuri mici cu ajutorul degetelor mijlocii (fig. 6).

Masajul obrajilor se efectuează prin tapotări executate cu vîrful degetelor pe ambii obraji deodată (fig. 7).

Pentru ridurile din şanţul care merge de la aripa nasului la colţul gurii se execută o serie de ciupituri cu ajutorul degetului mare şi arătător (fig. 8).

Masajul buzelor se efectuează descriind de-a lungul buzelor, cu ajutorul degetului arătător şi mijlociu de la fiecare mînă, două arcuri, unul inferior şi altul superior (fig. 9).

Masajul gîtului se efectuează cuprinzînd gîtul între degetul mare şi celelalte degete şi masînd de la bărbie înspre decolteu (fig. 10).

Decolteul se masează cu podul palmei şi degetele desfăcute, pornind de la mijlocul decolteului înspre umeri (fig. 11).

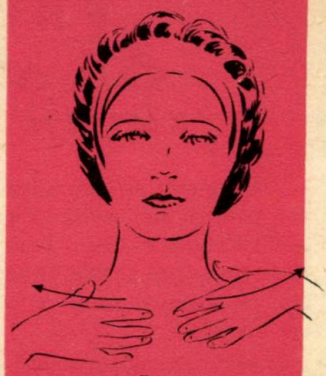


Fig. 11

Fig. 10

Fig. 9

Fig. 6

Fig. 7

Fig. 8

Rubrica...

VIITORILOR PĂRINȚI

Alo, alo! sosesc curînd, sînteți pregătiți să mă primiți?

M-am gîndit să stau puțin de vorbă cu voi, părinții mei, ca să vă spun din timp ce-mi trebuie și ce-mi place mie. Nu ne cunoaștem încă și este desigur greu pentru voi, oameni mari, să știți ce nevoi are un sugar.

Ia să vedem, aceasta este camera mea? Buun! E luminoasă, dar nu suficient de curată și prea încărcat mobilată. Vă sfătuiesc să zugrăviți pereții într-o culoare deschisă, să spălați bine podeaua și n-ar fi rău să duceți în pod covorul acesta mare și draperiile groase de la ferestre. Mie îmi place lumina și prin geamurile care vor rămîne mult timp deschise intră ușor praful. Trebuie să vă fie ușor să curățiți.

În colțul acesta să-mi așezați patul. E un loc bun, luminos, ferit de curenți și mai ales depărtat de sobă. Mă îngrozea gîndul că v-ar putea trece prin minte să mă așezați lîngă sobă. Nimic nu-mi displace mai mult decît căldura prea mare.

Spune, mamă dragă, unde o să mă așezi, de cîte ori mă vei schimba și-mi vei face toaleta? Pe patul tău? Ah, nu! Nu sînt de acord, tu ești mămica mea și eu deja te iubesc. Cum o să te las să te chinuiești aplecîndu-te de atîtea ori pe zi deasupra patului. Și apoi, nici mîinile nu sînt îndemînatice în această poziție forțată. Pregătește o măsuță înaltă, nu prea mică — doar o să cresc —, acoper-o cu o pătură, o mușama și un cearșaf și iată că este gata masa pentru înfășat.

Spune-mi, unde vei păstra lucrurile mele? Nu vreau ca rufăria mea să se amestece cu a voastră. Dacă nu ai un raft sau un sertar liber în dulapul tău, poți așeza 2—3 rafturi sub măsuța de înfășat, pe care le vei apăra de praf cu o perdea de pînză, încrețită frumos. E practic și nu este nici urît.

Și pentru că a venit vorba despre lenjeria mea, tare aș fi curios ce mi-ai cumpărat? Cum, încă nimic? Dar ce mai aștepți? Din prima zi cînd mă vei aduce acasă am să-ți cer să mă ții curat și aș vrea să știu ce vei face atunci? Ia repede un creion și notează tot ce-mi trebuie:

15—20 de scutece albe de pînză în formă de triunghi (se găsesc în comerț scutece speciale triunghiulare prevăzute cu țesut absorbant).

15—20 de scutece pătrate, din finet alb.

2 scutece pătrate mari, din molton.

1 bucată mică de mușama sau material plastic.

4 fețe de pînză albă, cu șireturi la capete.

2 scufițe de lînă și 3 scufițe subțiri (pentru vară din șifon, pentru toamnă și primăvară din finet).

3—5 cămășuțe din pînză albă moale (șifon, opal, batist), încheiate pe umăr.

3—5 pieptărașe de bumbac sau finet.

3—6 perechi botoșei, de lînă sau bumbac după anotimp.

1 jacheță de lînă.

1 jacheță de bumbac.

1 cuvertură de lînă sau plăpumioară.

1 cuvertură subțire din bumbac.

4 — 6 bărbițe din țesut absorbant (prosop) și o bărbiță din material plastic.

4 cerșafuri pentru pat și cărucior.

1 mușama mai mare, pentru pat, și cărucior.

1 salteluță, umplută cu zegras sau rumeguș de lemn.

Nu uita să-ți procuri din timp cărucior și băița. Au apărut în comerț băițe foarte frumoase din material plastic, care

se curăță ușor și bine dar și cele de zinc sînt bune. Poți alege.

Pătuțul meu unde e? Ați proiectat să-mi cumpărați un coș?

Nu este o idee practică. Eu voi crește foarte repede și după cîteva luni coșul nu va mai fi bun de nimic. Chiar dacă voi mai încăpea în el, îndată ce încep să mă ridic, risc să mă dau peste cap. Luați-mi de la început un pătuț pe care-l voi putea folosi pînă la 5 ani. Este mai economic și mai practic.

Să nu uit să vă amintesc de încă cîteva lucruri mărunte, dar neapărat necesare pentru toaleta mea: săpun (fără sodă) special pentru copii (este foarte bun și săpunul de bărbierit), burete sau mănușă pentru săpunit, confecționată dintr-un prosop vechi, 2 prosoape mari de baie, 3 prosoape mici, 1 perie moale pentru păr (sînt foarte bune periile care se găsesc în comerț, folosind la șters surplusul de pudră), 1 sticluță cu untdelemn fiert în baie de apă, 1 forfecuță de unghii cu vîrfurile rotunjite și nu prea ascuțită, 1 sticluță cu soluție de acid boric 40‰ și alta cu soluție de alcool 75% și, bineînțeles, vată. Toate acestea așază-le la îndemînă, pe o tăviță lîngă masa de înfășat.

Și acum să facem împreună o ultimă inspecție a camerei.

După ce eu voi sosi îți va fi mai greu să faci micile modificări necesare. Nu uita că peste cîteva luni eu voi deveni o mică persoană foarte curioasă și din cauza curiozității mele putem avea amîndoi neplăceri. Astfel, soba sau caloriferul fierbinte reprezintă un pericol; o

La oglindă...

mică apărătoare din lemn, gen grilaj, nu oprește căldura, dar ferește de arsuri. În dreptul prizei electrice este bine să tragi dulapul, ca să nu pot ajunge la ea.

Dar, ce se aude acolo? Este un lătrat de cîine? Se bate cu o pisica? A, vă sfătuiesc ca pînă la sosirea mea să plasați aceste animale în altă parte. În casa cu un copil mic nu se pot ține nici un fel de animale. Și acum, dragii mei, trebuie să vă las. Sper că-mi veți asculta sfaturile pentru ca atunci cînd voi veni pe lume să fiu cuminte și sănătos și să nu vă fie greu să mă creșteți.

BOALA HIPERTONICĂ

Bolile inimii şi vaselor constituie în epoca noastră afecţiunile cele mai frecvente, dînd în acelaşi timp cel mai mare procent de mortalitate. În cadrul acestora, boala hipertonică — numită în mod obişnuit hipertensiune arterială — este una din bolile cu răspîndirea cea mai largă, fiind în centrul preocupărilor privind sănătatea publică.

Termenul de „hipertensiune arterială" nu reprezintă de fapt denumirea unei boli, ci numai a unui simptom, el traducînd constatarea creşterii tensiunii (presiunii) sîngelui în vase. Sînt o serie de boli (renale, endocrine, neurologice, malformaţii cardio-vasculare etc.) care, printre alte semne, prezintă şi o creştere a tensiunii arteriale, dar care au cauze bine stabilite şi un cadru precis.

De aceea trebuie făcută distincţia între bolile care — printre alte semne — prezintă şi hipertensiune arterială (numită şi simptomatică) şi boala hipertonică sau hipertensivă (numită şi hipertensiune esenţială).

În prezentarea de faţă ne vom ocupa de ultima, cea mai frecventă (aproximativ 90% din toate bolile care evoluează cu hipertensiune) şi care după concepţia autorilor sovietici are la bază o tulburare a activităţii scoarţei cerebrale cu răsfrîngere asupra centrilor nervoşi de sub scoarţă, a glandelor endocrine şi a altor factori umorali.

Ca să înţelegem cum apare hipertensiunea în circulaţie este mai întîi necesar să înţelegem ce înseamnă de fapt tensiune arterială.

În fizică prin tensiune se defineşte rezistenţa pe care un perete organic mai mult sau mai puţin elastic o opune lichidelor sau gazelor conţinute în cavitatea pe care el o limitează.

Raportarea acestei definiţii la domeniul circulaţiei sîngelui face ca să înţelegem prin rezistenţă forţa care se opune circulaţiei sîngelui. Termenul de hipertensiune arterială arată deci că această forţă este crescută şi acest lucru antrenează creşterea valorilor presiunii sîngelui în sistemul arterial.

La realizarea presiunii arteriale iau parte mai mulţi factori, ca:

— acţiunea de pompă a inimii (la fiecare contracţie inima aruncă conţinutul ei sanguin în circulaţie cu o anumită forţă);

— rezistenţa periferică: forţa care se opune scurgerii sîngelui este cu atît mai mare, cu cît calibrul vaselor (în special al celor mici — arteriole, capilare) este mai mic;

— cantitatea de sînge din sistemul arterial şi vîscozitatea lui: cu cît cantitatea de sînge şi viscozitatea este mai mare, cu atît presiunea creşte;

— elasticitatea pereţilor arteriali: cu cît pereţii arteriali sînt mai elastici, cu atît rezistenţa opusă scurgerii sîngelui este mai mică şi deci presiunea mai mică, şi invers.

Dintre toţi aceşti factori, rezistenţa periferică şi elasticitatea vaselor joacă rolul cel mai important. De altfel se consideră că acestea sînt verigile asupra cărora lucrează cu predilecţie factorii care dau naştere hipertensiunii.

Astfel, în prima fază se produce o creştere a rezistenţei periferice (deci o reducere a calibrului vaselor mici) datorită unor factori complecşi, dintre care cei de natură nervoasă trec pe primul plan. Tulburările funcţionale ale scoarţei cerebrale (tulburări asemănătoare celor întîlnite în nevroză, din care cele mai importante sînt cele psihoemoţionale) influenţează, pe de o parte, centrii nervoşi de sub scoarţă care reglează funcţionarea normală a vaselor, iar pe de altă parte, au răsunet asupra sistemului endocrin. O dată declanşată, reacţia devine complexă, producîndu-se o întrecere uneori greu de delimitat între acţiunea factorilor nervoşi, endocrini, umorali, renali, care au ca ultim efect reducerea calibrului vaselor arteriolare→ creşterea rezistenţei periferice→ creşterea presiunii în circulaţia arterială.

Cu timpul apar şi modificări de ateromatoză şi arterioscleroză — factorul elasticitate intrînd şi el în joc — , care antrenează complicaţii prin afectarea diverselor organe (rinichi, inimă, creier, ochi etc.).

CARE SÎNT SEMNELE ACESTEI BOLI?

Ele sînt variate şi intensitatea lor depinde de stadiul în care se găseşte boala.

Aceste stadii sînt apreciate în funcţie de semnul major — valoarea presiunii arteriale şi în special a celei diastolice — şi de importanţa modificărilor produse

la nivelul celorlalte organe. Presiunea sau tensiunea arterială se măsoară în cm sau mm Hg şi are mai multe valori, dintre care 2 sînt frecvent măsurate:

— tensiunea sistolică sau maximă, care reprezintă valoarea presiunii existente în sistemul arterial în momentul contracţiei (sistolei) inimii;

— tensiunea diastolică sau minimă, care reprezintă valoarea presiunii existente în artere în momentul diastolei, deci în perioada dintre 2 contracţii cardiace.

Dintre acestea două, cea mai importantă este presiunea diastolică, deoarece ea reprezintă sarcina *constantă* pe care pereţii arteriali trebuie să o suporte şi rezistenţa pe care inima trebuie să o învingă pentru a împinge în circulaţie, cu fiecare contracţie, conţinutul ei în sînge.

De aceea, aprecierea gravităţii bolii hipertonice se face pe baza valorii tensiunii diastolice.

Tabelul de mai jos dă datele normale ale presiunii arteriale în funcţie de sex şi vîrstă, precum şi limitele inferioare corespunzătoare, de la care se consideră că a apărut boala hipertonică.

Presiunea arterială a sîngelui în mm Hg

Sistolică					Diastolică				
Vîrstă în ani	Valori normale		Limita inferioară a hipertensiunii		Vîrstă în ani	Valoarea normală		Limita inferioară a hipertensiunii	
	Bărbat	Femeie	Bărbat	Femeie		Bărbat	Femeie	Bărbat	Femeie
16	105—135	100—130	145	140	16	60— 86	60— 85	90	90
17	105—135	100—130	145	140	17	60— 86	60— 85	90	90
18	105—135	100—130	145	140	18	60— 86	60— 85	90	90
19	105—140	100—130	150	140	19	60— 88	60— 85	95	90
20—24	105—140	100—130	150	140	20—24	62— 88	60— 85	95	90
25—29	108—140	102—130	150	140	25—29	65— 90	65— 86	96	92
30—34	110—145	102—135	155	145	30—34	68— 92	60— 88	98	95
35—39	110—145	105—140	160	150	35—39	68— 92	65— 90	100	98
40—44	110—150	105—150	165	165	40—44	70— 94	65— 92	100	100
45—49	110—155	105—155	170	175	45—49	70— 96	65— 96	104	105
50—54	115—160	110—165	175	180	50—54	70— 98	70—100	106	108
55—59	115—165	110—170	180	185	55—59	70— 98	70—100	108	108
60—64	115—170	115—175	190	190	60—64	70—100	70—100	110	110

În cazul bolii hipertonice, bolnavii se plîng de dureri de cap, ameţeli, nelinişte, insomnie, vîjîituri în urechi, palpitaţii, dureri precordiale, oboseală.

Examenele făcute de medic — în afara măsurării presiunii arteriale — arată şi ele, în funcţie de gradul bolii, diverse modificări la nivelul inimii, rinichilor, fundului de ochi etc.

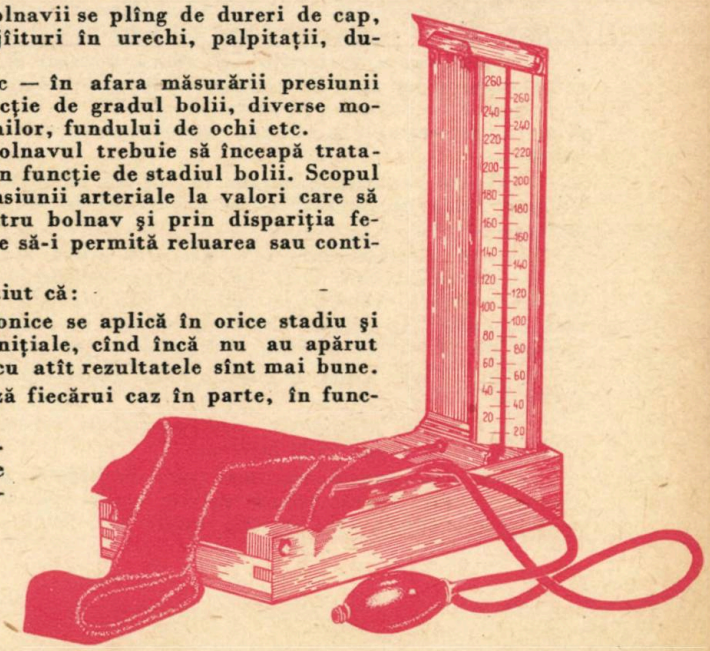
O dată pus diagnosticul, bolnavul trebuie să înceapă tratamentul, care este şi el variat, în funcţie de stadiul bolii. Scopul tratamentului este scăderea tensiunii arteriale la valori care să nu reprezinte o ameninţare pentru bolnav şi prin dispariţia fenomenelor subiective şi obiective să-i permită reluarea sau continuarea activităţii.

În acest domeniu trebuie ştiut că:

1. Tratamentul bolii hipertonice se aplică în orice stadiu şi cu cît se aplică în stadiile iniţiale, cînd încă nu au apărut modificări organice importante, cu atît rezultatele sînt mai bune.

2. Tratamentul se adaptează fiecărui caz în parte, în funcţie de stadiu şi individ.

3. Tratamentul este în general eficient atît timp cît se aplică. Pauzele mari nu sînt recomandabile.



4. În toate cazurile se vor face tratamente de sedație (liniștire) și igienă nervoasă în vederea reducerii stării de supraexcitare și de combatere a nevrozei.

5. Dieta va fi normocalorică sau hipocalorică (în caz de obezitate), săracă în grăsimi (mai ales animale) și în sare.

6. În cazul folosirii preparatelor hipotensoare (fapt pe care îl hotărăște numai medicul), se vor încerca mai multe preparate de acest tip și eventual se vor asocia pentru a fi mai active.

7. În cazurile cu valori mari ale tensiunii, precum și la bătrîni și arterioscleroși, nu se va urmări, chiar dacă este posibil, reducerea tensiunii în limite normale, deoarece deseori organismul nu se mai acomodează valorilor tensionale normale.

8. Tratamentul profilactic constă în evitarea factorilor de traumatizare psihică și în tratame ul precoce al bolii hipertonice înaintea instituirii modificărilor vasculare.

DIETA ÎN BOALA HIPERTONICĂ

Problema dietei în hipertensiunea arterială a constituit o preocupare de prim ordin, atît pentru medici, cît și pentru bolnavi.

Ea a jucat un rol important cu atît mai mult, cu cît pînă în ultimii ani în această afecțiune nu a existat o medicație eficientă. În aceste condiții s-au recomandat tot felul de „diete", despre care s-a susținut că pot rezolva singure problema tratamentului acestei boli atît de frecvente. Astfel s-au recomandat diferite variante ale așa-numitei „cură de foame" sau cură de orez, fructe și zahăr a lui Kempner etc., pe care însă proba timpului nu le-a confirmat și excesele s-au temperat.

Prescripția dietei în hipertensiunea arterială necomplicată ține cont de o serie de observații, dintre care trebuie remarcate:

1. Într-un număr foarte mare de cazuri hipertensiunea arterială se asociază cu obezitatea, iar ateromatoza și arterioscleroza în aceste cazuri — mai devreme sau mai tîrziu sînt aproape regulă.

2. Populațiile cu un regim predominant vegetal și mai ales redus în grăsimi animale dau — comparativ cu celelalte — un număr mai mic de hipertensivi.

3. Importanța factorului alimentar a putut fi net pusă în evidență cu ocazia celui de-al 2-lea război mondial. Lipsurile alimentare au antrenat totdeauna o importantă reducere a numărului cazurilor de hipertensiune, iar revenirea la alimentația normală a antrenat aproape matematic o creștere a numărului acestor cazuri.

4. Toate regimurile sărace în Na (în alimentație se găsește cel mai frecvent ClNa — sarea de bucătărie) au o acțiune de scădere a hipertensiunii arteriale și invers.

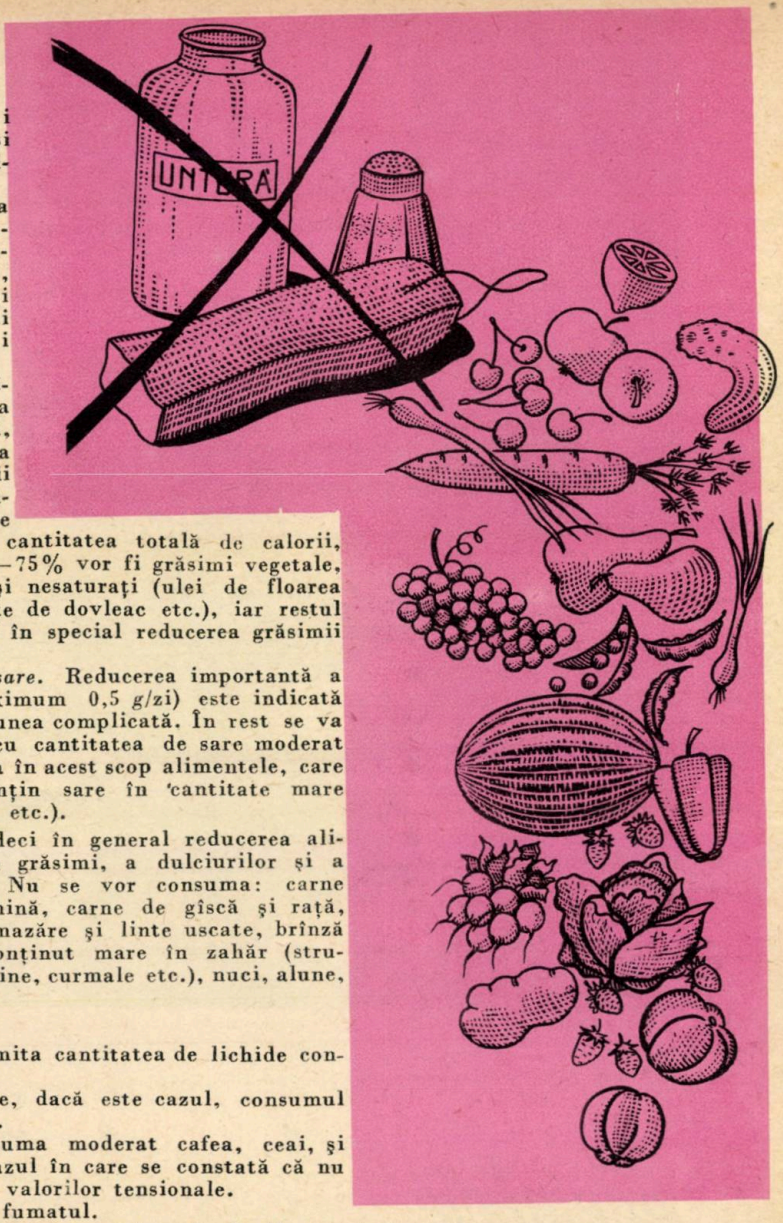
Pe baza acestor observații, dieta în boala hipertensivă fără complicații va fi:

a) *Normocalorică*, deci va conține un număr de calorii normal, corespunzător vîrstei, sexului, taliei și profesiunii, sau *hipocalorică*, dacă este vorba de o obezitate asociată. În acest ultim caz se va administra pînă la maximum 1 000 de calorii pe zi, luînduse însă o serie de măsuri:

— nu se va căuta o slăbire prea rapidă prin reducerea excesivă a valorii calorice;

— factorii alimentari indispensabili (proteine, vitamine, săruri) vor fi păstrați și în proporțiile necesare;

— se vor administra mai ales cantități mari de zarzavaturi și fructe (spanac, roșii, varză, țelină, salată verde, lăptuci, ciuperci, ridichi, conopidă, sparanghel, castraveți, pepene verde și galben), care, în afară de bogăția în



vitamine și săruri minerale, dau și senzația de saţietate;

— se vor evita în general preparatele culinare complicate (cu sosuri, prăjeli, aluaturi) și se vor prefera mai ales crudităţile și preparatele simple.

b) *Redusă în grăsimi*, atît pentru a preveni obezitatea, cît și ateromatoza (rezultat al creșterii colesterolului). Grăsimile vor fi reduse pînă la 30% din cantitatea totală de calorii, iar din acestea, 50—75% vor fi grăsimi vegetale, conținînd acizi graşi nesaturaţi (ulei de floarea soarelui, de semințe de dovleac etc.), iar restul unt. Se recomandă în special reducerea grăsimii de porc.

c) *Redusă în sare*. Reducerea importantă a sării (pînă la maximum 0,5 g/zi) este indicată numai în hipertensiunea complicată. În rest se va păstra un regim cu cantitatea de sare moderat redusă. Se vor evita în acest scop alimentele, care în mod obișnuit conțin sare în cantitate mare (murături, conserve etc.).

Se recomandă deci în general reducerea alimentelor bogate în grăsimi, a dulciurilor și a celor prea sărate. Nu se vor consuma: carne grasă de porc, slănină, carne de gîscă și rață, pește gras, fasole, mazăre și linte uscate, brînză grasă, fructe cu conținut mare în zahăr (struguri, stafide, smochine, curmale etc.), nuci, alune, maioneze etc.

Alte măsuri:

— Nu se va limita cantitatea de lichide consumate zilnic.

— Se va reduce, dacă este cazul, consumul băuturilor alcoolice.

— Se vor consuma moderat cafea, ceai, și acestea numai în cazul în care se constată că nu au influență asupra valorilor tensionale.

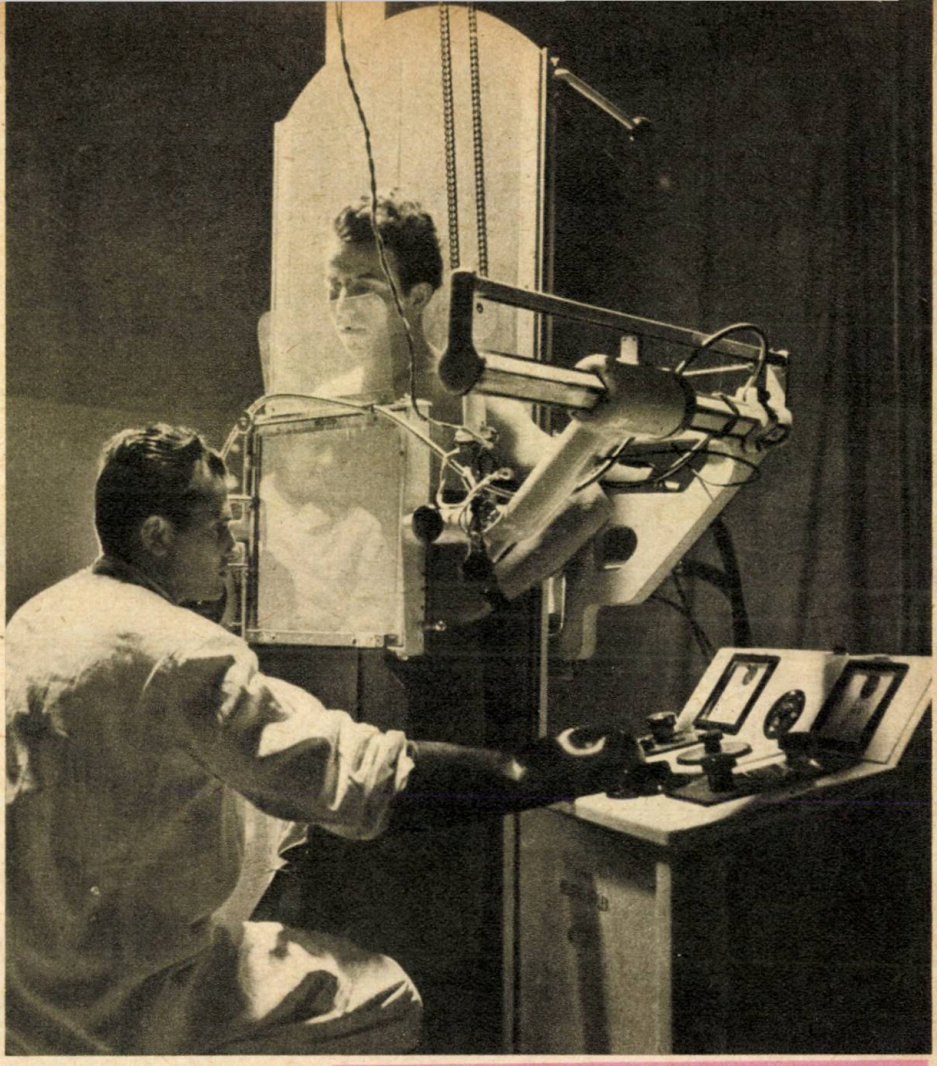
— Se interzice fumatul.

— Se recomandă în general ca 1—2 zile pe săptămînă să se consume numai crudităţi (fructe și zarzavaturi), constituind un „regim de descărcare".

TRATAMENTUL HIPERTENSIUNII ARTERIALE COMPLICATE

Tratamentul corect necesită spitalizare. Regimul va fi prescris de medic, de la caz la caz, în funcție de importanța complicației survenite. În aceste cazuri, regimul este sever și nu poate fi generalizat.

Astfel dieta va fi hiposodată în cazul hipertensiunii complicate cu insuficiență cardiacă, dar administrarea aceluiași regim în cazul unei hipertensiuni cu insuficiență renală cronică poate avea efecte vătămătoare. De aceea trebuie să se știe că dieta în hipertensiunea cu complicații va fi fixată numai de medic, ea fiind strict individualizată.



Decembrie

L		4	11	18	25
M		5	12	19	26
M		6	13	20	27
J		7	14	21	28
V	1	8	15	22	29
S	2	9	16	23	30
D	3	10	17	24	31

Călirea organismului prin CULTURA FIZICĂ ȘI SPORT

Pentru creștere, pentru buna și armonioasa lui dezvoltare, corpul omenesc trebuie să fie ajutat. Cultura fizică este disciplina cu ajutorul căreia se contribuie la realizarea acestui scop. Pentru realizarea scopului urmărit, ea folosește mișcarea realizată de mușchi, la a căror bună funcționare contribuie toate celelalte organe din corp (sistemul nervos, inima, plămînul, ficatul, rinichiul etc.).

Corpul omenesc are mari rezerve de energie care pot fi folosite la nevoie. De asemenea el are capacitatea de a-și mări aceste rezerve prin dezvoltarea sistemului muscular și prin îmbunătățirea funcției tuturor organelor. Rezervele de energie dau posibilitate corpului să facă față cerințelor de efort care întrec măsura obișnuită.

Un organism care lîncezește, care șade în inactivitate fizică, slăbește, funcționează prost și își micșorează rezistența față de intemperii, de oboseală și de microbi, îmbolnăvindu-se ușor. Funcțiile lui intelectuale și psihice scad (se concentrează greu, uită repede, devine ursuz și plicticos). Din contra, aceste tulburări nu vor exista la un om activ, care își antrenează corpul la efort; forța lui intelectuală și fizică crește, rezistența corpului va fi mai mare față de oboseală și boală.

Folosirea mișcării, sub diferite forme, trebuie făcută respectînd o serie de reguli bazate pe felul de funcționare a organismului, care este în strîns raport cu: vîrsta, sexul, ocupația și în general cu posibilitățile organismului de adaptare la mișcare (efort fizic).

Cultura fizică și sportul constituie factorii principali de întărire (călire) a organismului, atît pentru intelectual, cît și pentru muncitor. Nici unul, nici celălalt nu reușesc prin preocupările lor să pună întreg organismul în completă și bună funcționare. Cultura fizică și sportul sînt acelea care completează lipsa de activitate a anumitor părți ale corpului, care sînt neglijate din cauza specificului profesional.

Mișcarea este folosită într-o mare diversitate de forme, pe de o parte pentru efectele diferite, pe de altă parte pentru diversitatea care o creează, favorizînd elementul distractiv ce face activitatea de cultură fizică și sport foarte atractivă. Principalele forme de mișcare sînt: gimnastica, dansul și jocul, turismul, jocurile sportive. Dar nu oricine poate practica orice sport sau formă de cultură fizică, chiar dacă îi place foarte mult. Alegerea unei activități de cultură fizică și sport, în special a celor ce pretind eforturi mari, cere în afara dorinței individului, o serie de condiții indispensabile:

1. o perfectă sănătate;

2. o conformație a corpului corespunzătoare felului eforturilor cerute de sportul respectiv:

3. o profesiune care nu pretinde un efort care, adăugat la cel sportiv, să devină un motiv de surmenaj sau chiar boală. Astfel, un individ cu forțe mai slabe nu va alege sporturi a căror practicare pretind consumarea unei mari cantități de energie (alergare de fond, schi fond, box, fotbal etc.).

Un individ cu picioare scurte nu va face alergări de viteză, sau sărituri în lungime sau înălțime. Un muncitor care ridică greutăți nu va practica halterele, ci mai curînd fotbal sau handbal. Un individ în vîrstă nu va practica boxul sau luptele, ci va face mai curînd popice, înnot sau turism.

Cultura fizică și sportul trebuie să contribuie la desăvîrșirea dezvoltării organismului, nu la accentuarea eventualelor deformații fizice, înnăscute sau căpătate prin

profesiune. Este bine ca orice individ, care vrea să practice un sport, să consulte medicul, care îl va îndruma spre o activitate care să-l călească, întărindu-i sănătatea. Numai medicul poate hotărî, pentru că el cunoaşte felul de a reacţiona al organismului în raport cu efortul făcut în condiţii diferite de vîrstă, sex, profesie etc.

Practicarea culturii fizice şi sportului nu se face oricum. Trecerea bruscă de la o activitate mai mică la una mai mare dezechilibrează funcţiile organismului şi favorizează îmbolnăvirea. De aceea călirea organismului se face treptat: prin antrenare. Aceasta are reguli stricte:

1. **Mărirea gradată a efortului**. Se trece treptat de la efort minim la efort maxim. Şedinţele de sport devin din ce în ce mai intense şi mai lungi. Atît şedinţa de sport, cît şi întreaga perioadă de antrenament, indiferent de sportul practicat, va fi precedată de o pregătire generală, care constă din exerciţii de gimnastică, în scopul de a pregăti şi antrena la efort în întregime şi armonios întreg corpul.

2. **Continuitatea activităţii**. Un bun antrenament pretinde că de-a lungul unei întregi perioade de activitate sportivă să nu se facă pauze prea mari sau de durată inegală. Acestea slăbesc puterea de adaptare la efort.

3. **Ondularea eforturilor maximale**. Eforturile maxime, care corespund perioadelor de întreceri sportive (diferă pe sezoane după felul sportului), nu trebuie întrerupte brusc (după cum nici nu încep brusc).

4. **Controlul medical periodic**. În timpul antrenamentului medicul va fi consultat des (la 2—3 săptămîni), pentru a indica dacă efortul este bine dozat şi dacă organismul se adaptează bine, fără tulburări care ar periclita sănătatea.

5. **Antrenamentul**, care este obligatoriu înaintea oricărei întreceri sportive.

ŞTIAŢI CĂ... ŞTIAŢI CĂ... ŞTIAŢI CĂ...

ŞTIAŢI CĂ... ŞTIAŢI CĂ... ŞTIAŢI CĂ...

...pielea, învelişul exterior al corpului omenesc are o suprafaţă totală de 1,5—2 m², iar grosimea ei atinge în medie 1 mm?

...scheletul omenesc reprezintă 1/5 din greutatea corpului şi cuprinde 208 oase?

...muşchii corpului omenesc sînt în număr de aproape 500 şi alcătuiesc 1/2 din greutatea corpului?

...cantitatea de nicotină existentă în 50 de ţigări ar putea omorî un om dacă ar fi administrată toată printr-o injecţie?

...în 80 de ani de viaţă inima omului pompează 210 000—240 000 litri de sînge, adică exact lungimea unui tren cu 2 cisterne pline cu sînge ce ar cuprinde distanţa dintre Bucureşti — Constanţa?

...primul microscop din lume a fost construit de un negustor de umbrele din oraşelul Delfi — Olanda, care era în acelaşi timp şi un pasionat cercetător al naturii şi un bun şlefuitor de lentile? El se numea Leeuwenhock.

...în prezent în industria farmaceutică sînt cunoscute peste 650 000 de produse farmaceutice de sinteză şi peste 30 000 de compuşi naturali?

...urechile omului disting sunete cu o frecvenţă de 16 000 de vibraţii pe secundă, în timp ce urechile pisicilor recepţionează sunete ce depăşesc frecvenţa de 60 000 de vibraţii pe secundă?

...un om dezbrăcat, dacă stă în aer liber la temperatura de 20° timp de o oră va pierde 100 de calorii, iar dacă va sta în apă la aceiaşi temperatură şi tot acelaşi timp va pierde 400 de calorii?

...o treime din numărul tuturor medicilor din lume se găseşte în Uniunea Sovietică?

...cercetările profesorului Vernulet de la Universitatea din Lodz (R. P. Polonă) au arătat că în laptele mamelor care fumează se găseşte o cantitate mult mai mică de vitamină C decît la nefumătoare? Aceasta explică de ce mamele care sînt fumătoare sînt mai receptive la boli decît mamele nefumătoare.

...ortopedia a luat naştere pentru prima oară în China, pe vremea dinastiei Yen (1279—1378), cînd s-au imobilizat oasele fracturate cu crengi de salcie?

...Mecinikov, mare savant rus, a cerut în anul 1898 ca asistent ai său la Institutul Pasteur din Paris pe doctorul romîn I. Cantacuzino?

...pneumotoraxul ca metodă de tratament a fost aplicat pentru prima dată în anul 1890 de către Carlo Forlanini?

...la 13 februarie 1896 s-a făcut prima radioscopie din lume, în urma descoperirii razelor X de către profesorul Roentgen Konrad?

...cel care a introdus pentru prima oară în medicină bismutul în tratamentul sifilisului a fost savantul romîn Constantin Levaditi?

...s-au descoperit carii tuberculoase ale vertebrelor şi afecţiuni reumatoide la scheletele mumiilor egiptene (cu 6 000 de ani î.e.n.) şi că s-au semnalat fenomene de „arterită degenerativă" chiar la scheletele oamenilor de Neanderthal?

...hipertensiunea arterială ca prognostic grav era cunoscută încă din timpul războiului franco-prusian din 1870?

...tetanosul, turbarea, variola şi parotidita epidemică au fost descrise cu numeroase amănunte clinice de Hippocrat?

Jocuri distractive

PENTRU COPII

GHICIȚI PROVERBUI

Primul jucător părăsește camera; cei rămași aleg un proverb bine cunoscut. Fiecare copil primește unul din cuvintele din care e format proverbul.

Cînd primul jucător e rechemat, el adresează fiecărui copil diferite întrebări. În răspunsurile lor, copiii trebuie să folosească cuvîntul din proverb pe care-l reprezintă; de exemplu, dacă s-a ales proverbul: „cine se scoală de dimineață, departe ajunge", copilul care reprezintă cuvîntul „dimineață" trebuie să includă în răspunsul său — indiferent de întrebare — acest cuvînt.

Copilul care trebuie să ghicească proverbul trece pe rînd de la un copil la altul, pînă ce ghicește proverbul. Copilul care, prin răspunsul său, a prilejuit ghicirea, îi ia locul celui care a ghicit.

PAMÎNT, AER, APĂ...

Copiii sînt așezați în cerc. Unul dintre ei ține o batistă înnodată, pe care o aruncă altuia, spunînd: „pămînt", „apă" sau „aer". Începe apoi să numere repede pînă la 10. Cel care a primit batista trebuie să spună numele unei viețuitoare care trăiește în mediul respectiv, înainte de a se ajunge la numărul 10.

Dacă nu reușește, primul jucător reia batista, pentru a o arunca altcuiva; dacă însă reușește, el e acela care va arunca batista mai departe. Copiii care nu pot răspunde de trei ori primesc o pedeapsă.

ȘTIAȚI CĂ...

... cifra 9 este o cifră miraculoasă? Încercați s-o înmulțiți cu orice număr pînă la 9 și veți vedea că cifrele produsului, adunat între ele, dau invariabil 9.

De exemplu:

$9 \times 9 = 81$ ..... $8 + 1 = 9$
$9 \times 8 = 72$ ..... $7 + 2 = 9$
$9 \times 7 = 63$ ..... $6 + 3 = 9$
$9 \times 6 = 54$ ..... $5 + 4 = 9$
$9 \times 5 = 45$ ..... $4 + 5 = 9$
$9 \times 4 = 36$ ..... $3 + 6 = 9$
$9 \times 3 = 27$ ..... $2 + 7 = 9$
$9 \times 2 = 18$ ..... $1 + 8 = 9$

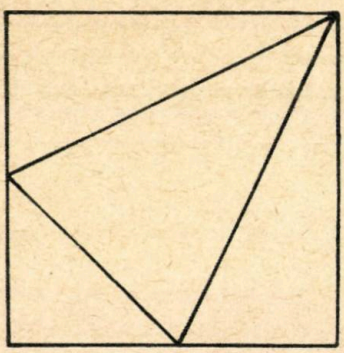
... cifra 37 își are și ea misterul ei:
înmulțită cu oricare din multiplii lui 3 dă un produs format din trei cifre identice.

De exemplu:

$$37 \times 3 = 111$$
$$37 \times 9 = 333$$
$$37 \times 15 = 555$$

UN JOC DE RĂBDARE

Luați o coală de hîrtie pătrată.



Desenați pe ea figura alăturată și decupați diferitele porțiuni obținute.

Dați-le apoi unui prieten și spuneți-i să reconstituie pătratul. Puteți fi sigur că nu va reuși chiar atît de ușor:

CU CREIONUL...

Jocuri de figuri

Cum se poate desena figura alăturată dintr-o singură trăsătură de creion?

(RĂSPUNSUL LA PAG. 206)

SUPERSTIȚII și PREJUDECĂȚI „MEDICALE"

Superstițiile și prejudecățile în materie de medicină erau în trecutul nu prea îndepărtat, sub regimul burghezo-moșieresc, nu numai tolerate, dar de multe ori chiar încurajate de autorități. Este de ajuns să amintim că în preajma lui 1940 se formau garnituri speciale de trenuri care, din diferite colțuri ale țării, erau îndrumate către Maglavit, unde suferinzilor de boli curabile sau incurabile li se promitea vindecarea „miraculoasă". Sute și mii de bolnavi erau duși în fața „buturugilor sfinte". Daniile curgeau, dar lecuirea întîrzia. În schimb, oboseala drumului provoca de multe ori agravarea suferinței „pelerinilor", iar promiscuitatea transportului și cazării contribuia la extinderea epidemiilor.

Pe de altă parte, în ziarele de mare tiraj apăreau regulat reclame, ocupînd de multe ori cîte o pagină întreagă, ale unor medicamente „extraordinare". Astfel era faimosul „Urodonal", recomandat în bolile de rinichi, inimă, stomac, pentru reumatism, și pentru „reîntinerire"...

Alături de descîntecele și vrăjile folosite pe scară largă la epoca aceea în satele lipsite de medici, exista deci o întreagă „medicină" antiștiințifică, tolerată de oficialități.

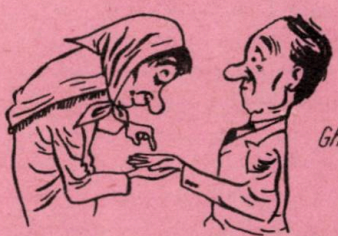
Instaurarea regimului democrat popular a pus capăt încurajării superstițiilor și concepțiilor mistice. Construirea socialismului în țara noastră presupune creșterea nivelului cultural al maselor și însușirea concepției științifice despre lume de către toți oamenii muncii. O deosebită activitate de educație sanitară se desfășoară în toată țara, la orașe și la sate. Medici cu o înaltă calificare profesională deservesc astăzi pînă și ultimul cătun din

O pisică neagră taie drumul

Diagnoza ochiului

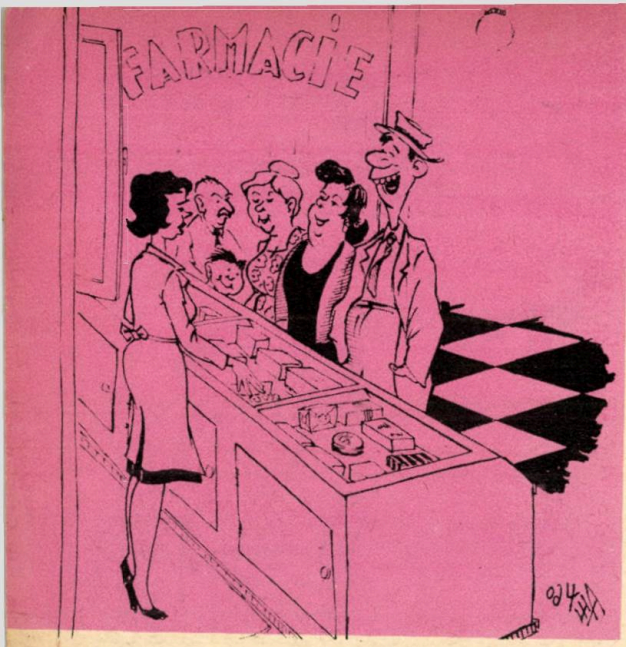
Cumpăna

Oprirea bolii cu cleștele



Ghicitul în palmă

Ghicitul în cărți



— Dați-ne, vă rugăm, trei kg. de antinegralgice.

— Pentru ce atît de multe?

— Eu iau cînd mă doare capul, nevastă-ma cînd se enervează, și soacră-mea cînd i se bate ochiul stîng.

...Și așa se consumă...

munți. Astfel practicile medicale băbești se găsesc în curs de lichidare.

Trebuie însă semnalate și combătute unele deprinderi greșite, adevărate prejudecăți „medicale", care, deși sînt de altă natură decît descîntecele, se dovedesc la fel de dăunătoare. Este vorba în primul rînd de folosirea abuzivă a unor mijloace curente ale medicinei științifice.

Descoperirea antibioticelor a însemnat o realizare de cea mai mare însemnătate pentru îmbogățirea arsenalului de luptă împotriva bolilor microbiene. Nenumărate vieți au fost salvate datorită utilizării judicioase a penicilinei, streptomicinei, tetraciclinei etc. Mulți atribuie însă antibioticelor calități pe care acestea nu le au sau obișnuiesc să recurgă la ele fără alegere. Dacă la orice guturai cineva ia dicilină, există pericolul ca, într-o împrejurare în care o suferință mai gravă ar fi impus cu adevărat folosirea acestui antibiotic, medicamentul să se dovedească inactiv.

Dăunătoare este de asemenea deprinderea unora de a înghiți mari cantități de antinevralgice, adesea în scop „preventiv", de teamă să nu înceapă durerea de cap... La fel, obiceiul altora de a introduce în permanență substanțe uleioase în nas, pentru a se feri de gripă, poate duce la formarea în plămîni, a unor adevărate „depozite de ulei", aspirat acolo picătură cu picătură într-o perioadă îndelungată.

Sînt persoane care se consideră bolnave dacă nu au scaun în fiecare zi sau chiar de două ori pe zi. Pentru „a corecta" această presupusă tulburare digestivă, ele înghit regulat purgative, care, oricît ar fi de „blînde", nu pot să nu irite pînă la urmă căile intestinale, provocînd suferințe ce necesită cu adevărat un tratament îndelungat și anevoios.

Aceste prejudecăți și multe altele asemănătoare sînt manifestări ale încrederii în valoarea medicamentelor, dar ale unei încrederi neștiințifice, cu caracter, s-ar putea spune, superstițios. Un medicament foarte util într-o anumită situație poate deveni periculos în alta. Medicul, cu pregătirea sa științifică, este cel în măsură să decidă asupra împrejurărilor cînd trebuie sau nu aplicat un anumit tratament. Intensa acțiune de educație sanitară desfășurată prin presă, lecții, conferințe, radio, televiziune, filme afișe, publicații de tot felul are ca scop să facă din fiecare cetățean un ajutor al medicului, dar nu un medic. Este necesar ca toată lumea să posede cunoștințe de igienă cît mai adînci și noțiuni medicale folositoare pentru apărarea sănătății. Aceasta însă nu micșorează rolul și răspunderea medicilor în prevenirea și combaterea bolilor.

Superstițiile și prejudecățile medicale pot fi lichidate numai prin colaborarea sinceră și permanentă dintre medic și populația pe care acesta o deservește.

Sfaturi pentru bărbați

RASUL

Toaleta zilnică a bărbatului cuprinde și bărbieritul, operație care constituie pentru mulți o adevărată problemă, prezentînd unele aspecte neplăcute. Astfel, unii nu reușesc de loc să se bărbierească singuri, alții nu pot folosi decît lama sau numai briciul sau își provoacă din nepricepere, neatenție, grabă etc. tăieturi, înroșirea pielii ori alte neajunsuri. Pentru ca această operație să fie făcută în cele mai bune condiții, este necesar să avem cîteva cunoștințe elementare asupra naturii părului și sensibilității tenului.

Alegerea săpunurilor și cremelor nu trebuie deci să se facă la întîmplare, ci conducîndu-ne după gradul de grăsime sau uscăciune a pielii.

În cazul tenurilor grase sînt indicate săpunurile și cremele de ras spumoase, ele prezentînd unele avantaje, în special acela de a fi mai economice, întrucît cu o cantitate mică de săpun sau cremă se obține o spumă abundentă, care înmoaie suficient barba. Nu sînt recomandate în cazul tenurilor uscate, deoarece pot înlesni cu timpul formarea ridurilor îndepărtînd, în general, grăsimea naturală a obrazului. De asemenea, necesită în mod obligatoriu folosirea pămătufului care, în anumite cazuri, poate produce iritații, se uzează repede etc. și apa caldă, care nu poate fi procurată totdeauna cu ușurință, iar dacă utilizăm apa rece, riscăm un ras neuniform, trecerea lamei sau briciului de mai multe ori pe aceeași regiune, ceea ce provoacă iritații, înăsprirea feței etc.

Cremele de ras nespumoase înlătură aceste neajunsuri deoarece, în primul rînd, nu necesită nici pămătufuul și nici apa caldă, iar în al doilea rînd conțin unele substanțe grase (uleiuri, lanolină etc.), care ung fața și nu înlătură stratul natural de grăsime. Aceste creme, în general pe bază de stearați, înmoaie și calmează pielea și permit bărbieritul în bune condiții, lăsînd fața moale și neiritată.

Aceste creme sînt în mod deosebit recomandate pentru bărbații cu tenul uscat sau normal și care prezintă o sensibilitate mai mare a feței, deoarece, fiind întinse în mod uniform pe obraz (cu ajutorul degetelor), permit o lunecare mai ușoară a lamei sau a briciului.

După terminarea bărbieritului, această cremă nu se îndepărtează de pe față, ci se face un ușor masaj, pentru a-i putea permite să pătrundă în piele.

Indiferent dacă am folosit unele sau altele din cremele sus arătate, după bărbierit trebuie să luăm o serie de măsuri menite să contribuie la păstrarea frăgezimii și netezimii pielii. Asemenea măsuri sînt totdeauna necesare, deoarece rasul, oricît de corect efectuat, are o serie de consecințe negative și anume produce la suprafața pielii numeroase zgîrieturi care, deși neobservate cu ochiul liber, constituie un mediu propice pentru dezvoltarea microbilor, ceea ce poate duce, în anumite condiții, la îmbolnăvire.

Prin toate aceste măsuri se urmăresc mai multe obiective, dintre care cele mai importante sînt dezinfectarea feței, calmarea ei, închiderea porilor dilatați.

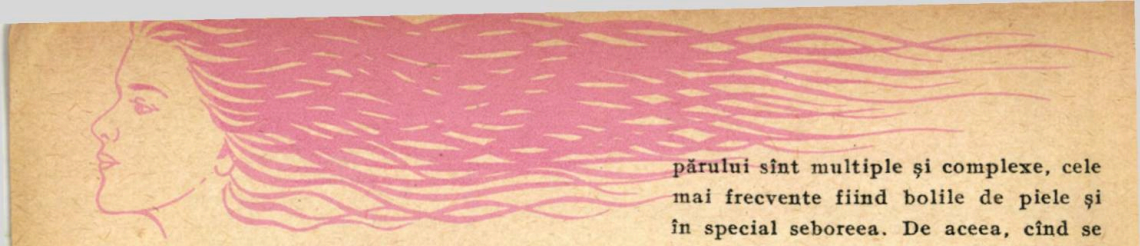
Pentru dezinfecție, calmare și închiderea porilor se va folosi o soluție conținînd acid salicilic 0,50 g, acid boric 1 g, camfor 0,50 g, alaun 1 g, mentol 0,05 g, alcool 40 g, apă 60 g.

În cazul cînd pielea este foarte sensibilă, fața se poate unge, chiar înainte de a începe bărbieritul, cu o cremă de zi pe bază de stearat.

Pudrarea regulată după ras previne iritația, descongestionează și răcorește obrazul. Se poate folosi orice fel de pudră.

Bărbieritul nu este un lux, ci o necesitate, o regulă de conduită.

Unii bărbați au tendința de a nu se bărbieri decît atunci cînd barba a ajuns la o anumită dimensiune. Acest procedeu îi dezavantajează, le dă un aspect neîngrijit, inestetic, care nu își găsește nici o justificare. Fie că mergem la lucru sau la spectacol, ținuta noastră trebuie să fie la fel de îngrijită și corectă.



Îngrijirea PĂRULUI

Părul este o excrescenţă a celulelor epiteliale. El ia naştere în fundul unor adînciturі denumite foliculi, care se extind în regiunea dermei. Firul de păr se formează prin îngrămădirea (suprapunerea) straturilor de celule moarte şi modificate, formînd o coroană care se prelungeşte deasupra pielii. Creşterea firului de păr se continuă pînă a atins o anumită lungime care diferă foarte mult după regiunea corpului de la om la om. După ce a atins lungimea sa maximă normală, părul cade şi în foliculi începe să se formeze un fir nou. Forma şi curbura foliculului (întins, curbat, turtit) determină anumite caracteristici ale firului de păr, care poate fi astfel drept sau ondulat. Înfăţişarea părului poate fi modificată într-o anumită măsură prin udare, întindere şi încălzire, mai ales dacă îl udăm în prealabil cu anumite substanţe chimice.

Părul acoperă toată suprafaţa pielii, cu excepţia palmelor mîinilor, a tălpilor picioarelor, a unor părţi ale degetelor, a buzelor etc. Încărunţirea nu se datoreşte totdeauna vîrstei, ci poate fi determinată de unii factori ereditari, de activitatea glandulară, de regimul alimentar etc. Părul de pe cap poate să cadă, permiţînd formarea cheliei denumită şi „alopecie" (de la cuvîntul latin alopex = vulpe, prin analogie cu năpîrlirea părului acesteia). În general, chelia se întîlneşte la bărbaţi şi extrem de rar la femei. Cauzele căderii părului sînt multiple şi complexe, cele mai frecvente fiind bolile de piele şi în special seboreea. De aceea, cînd se observă o cădere accentuată a părului este neapărat necesar să se consulte medicul pentru înlăturarea cauzei respective, salvîndu-se astfel din timp o bună parte din păr. Bărbaţii nu dau, la început, atenţia cuvenită căderii părului şi cînd se hotărăsc, în sfîrşit, să se îngrijească, nu se mai poate obţine adesea nici un rezultat dacă între timp s-a distrus rădăcina părului. Căderea părului se poate accentua şi în cazul lipsei de îngrijire sau a mătreţei abundente. Îngrijirea riguroasă a părului trebuie să constituie o preocupare obişnuită, atît pentru femei, cît şi pentru bărbaţi, deoarece numai astfel această podoabă naturală are condiţii pentru a se menţine timp îndelungat, păstrîndu-şi şi culoarea naturală. Îngrijirea părului nu este un lucru atît de simplu, cum apare la prima vedere, ci presupune utilizarea unor metode care diferă în raport cu natura părului — uscat, gras sau normal.

Îngrijirea părului trebuie să asigure în primul rînd pielii capului şi părului, spălarea lor regulată.

În cazul părului uscat spălarea lui se va face la intervale mai mari (2—3 săptămîni), pentru a evita îndepărtarea grăsimii naturale. Folosirea săpunului nu este recomandabilă, deoarece accentuează gradul de uscăciune a părului, ducînd la albirea şi degenerarea lui timpurie. În locul săpunului se vor utiliza şamponurile sau o soluţie preparată din două gălbenuşuri de ou bătute cu puţină apă caldă cu care fricţionăm pielea capului; se clăteşte apoi părul în mai multe ape, în ultima putîndu-se adăuga puţin oţet, pentru a-i da suplеţe. Pentru părul

uscat sînt recomandate şi băile de ulei, briantinele, şamponurile uleioase care înlocuiesc grăsimea naturală de care este lipsit sau pe care o conţine în cantitate insuficientă.

Pentru părul gras se recomandă spălatul cu săpun sau şamponuri cel puţin o dată pe săptămînă. Săpunul nu trebuie frecat direct pe păr, deoarece se fixează pe fire şi, în acest caz, îndepărtarea lui este aproape imposibilă, chiar dacă se clăteşte în mai multe ape, iar urmele de săpun atacă firul de păr şi-l fac să cadă timpuriu. De aceea, se recomandă să se dizolve mai întîi săpunul în puţină apă şi să se fricţioneze apoi pielea capului şi părul cu clăbucul respectiv. Folosirea sodei în cantitate mare usucă, decolorează şi distruge părul.

Persoanele care lucrează în ateliere, în mediu cu praf, substanţe chimice, gaze etc. trebuie să poarte în timpul lucrului bonete sau basmale, pentru a feri părul de îmbîcsirea cu aceste substanţe. După întoarcerea de la lucru părul trebuie pieptănat, periat, de preferinţă cu o perie de păr de porc şi lăsat să respire în voie. Pentru cele care lucrează la munca cîmpului în soare este recomandabil ca înainte cu cîteva ore de spălatul părului să-şi fricţioneze pielea capului cu ulei de ricin sau cu untdelemn călduţ, pentru a-i reda supleţea. Spălatul părului este recomandabil să se facă cu apă de ploaie, deoarece în general apa de fîntînă sau de la conductă este dură, calcaroasă şi formează cu săpunul obişnuit un săpun de calciu insolubil care înăspreşte părul. Pieptenele şi peria pe care le folosim trebuie să fie menţinute într-o stare de perfectă curăţenie. Periatul părului este o operaţie necesară pentru toate tipurile de păr, deoarece peria curăţă murdăria şi praful depus şi împinge pe toată lungimea părului grăsimea secretată de glandele sebacee.

Ca un tonic pentru părul subţire şi moale este recomandabilă amestecarea gălbenuşurilor cu 30 g rom, 30 g ulei de ricin şi un vîrf de cuţit de sare de bucătărie, cu care se fricţionează pielea capului cu jumătate de oră înainte de spălat, apoi se spală capul cu clăbuc de săpun. Îngrijirea părului sănătos, normal, presupune nu numai curăţirea lui, ci şi folosirea unor preparate care să-l întărească şi să-l hrănească. În special bărbaţii care sînt obligaţi să poarte în timpul lucrului băşti sau bonete, cei care poartă timp îndelungat pălării sau chipie, este necesar să folosească zilnic loţiuni tonice şi dezinfectante, ca spre exemplu următoarea soluţie: tinctura china 5 g, tinctura cantarida 1 g, tinctura capsici 2 g, tinctura jaborandi 3 g, tanin 0,05 g, alcool de 70° — 75 g, parfum q.s.

Scopul principal al îngrijirii părului este prevenirea căderii lui care este, după cum s-a arătat mai sus, de cele mai multe ori, consecinţa unei secreţii exagerate de grăsime. Mătreaţa care indică începutul căderii părului poate să apară şi în cazul părului normal. Preparatele folosite în tratamentul seboreei şi mătreţei sînt nenumărate, cele mai eficace fiind cele pe bază de sulf (sulf 1 g, sulfură de carbon 15 g, tetraclorură de carbon 15 g).

În tratamentul căderii părului se pot folosi cu succes şi loţiunile cu colesterină (colesterină 1 g, ulei de ricin 1 g, alcool 98 g) sau loţiunile cu vitamine şi hormoni.

Pentru a se putea stabili tratamentul indicat de la caz la caz, este neapărată nevoie să se consulte medicul de specialitate de la policlinica respectivă.

FIECARE VÎRSTĂ cu ale ei plăceri

JOCURI DISTRACTIVE PENTRU COPII

DOI CAȚEI PE UN OS

Copiii sînt împărțiți în 2 echipe, de cîte 10 copii, de exemplu. Ele sînt așezate la o oarecare distanță, față în față. Între ele, pe jos, se află o batistă înnodată. Copiii ambelor echipe sînt numerotați de la 1 la 10.

Conducătorul jocului strigă un număr, de exemplu 3. De îndată, cei 2 copii cu numărul 3 ies din rînd și aleargă spre batistă. Primul care reușește s-o ridice cîștigă un punct pentru echipa sa.

Șefii de echipă — copiii cu numărul 1 — țin socoteala punctelor cîștigate.

ÎNTREBĂRI ȘI RĂSPUNSURI

Copiii primesc cîte o hîrtie și un creion. Fiecare scrie pe hîrtie cîte o întrebare oarecare. Apoi hîrtiile sînt împăturite și schimbate între copii. De astă dată, fiecare dă un răspuns oarecare, fără să cunoască întrebarea de pe hîrtia lui. Jocul continuă în felul acesta.

După al 4-lea răspuns se citesc cu glas tare textele obținute, care provoacă rîsul tuturor.

SUBIECT ȘI OBIECT

Doi dintre jucători părăsesc camera și își aleg două noțiuni, legate între ele, de exemplu factorul și scrisorile, timpul și ceasornicul, vulcanul și lava, norii ploaia etc., fiecare dintre ei reprezentînd apoi una din cele două noțiuni.

Revenind în cameră, li se pun tot felul de întrebări, prin care ceilalți jucători caută să ghicească identitatea lor.

La aceste întrebări ei nu au voie să răspundă decît prin da sau nu; cei care ghicesc iau apoi locul celorlalți.

ÎMPĂRȚEALA DREAPTĂ

(1) Cu ocazia zilei de naștere, un student primește de acasă un tort cu forma unui pătrat.

Cum trebuie să procedeze studentul ca, după ce și-a oprit un pătrat egal cu 1/4 din prăjitură, să împartă cele 3/4 de prăjitură rămasă în patru părți de formă și mărime egală, pentru colegii de cameră?

(Răspunsul la pag. 208)

PROBLEME DIFICILE

(2) Dan și Vlad mănîncă nuci. Dan spune: „dacă-mi dai trei din nucile tale, voi avea tot atîtea nuci cîte ai și tu".

Dar Vlad răspunde: „dă-mi tu mie trei nuci din ale tale și atunci eu voi avea de două ori mai multe nuci decît tine".

Cîte nuci are fiecare?

(Răspunsul la pag. 208)

(3) Gică îl întîlneşte pe Sandu, care se întoarce de la pescuit. „Cîţi peşti ai pescuit?" întrebă Gică.

Sandu răspunde: „dacă aş avea de 5 ori mai mulţi decît am, aş avea cu atîţia peste 99, cîţi am acum sub 99".

Cîţi peşti a prins Sandu?

(Răspunsul la pag. 208)

(4) Într-o gospodărie agricolă colectivă se cresc gîşte şi oi în număr total de 432.

La un moment dat se hotărăşte să se renunţe la creşterea gîştelor şi să se aducă în locul lor oi. Gospodăria primeşte cîte 2 oi pentru 32 de gîşte. În urma acestui schimb, turma de oi a gospodăriei ajunge să aibă 200 de oi.

Cîte gîşte au fost la început în gospodărie?

(Răspunsul la pag. 208)

(5) ...Care este numărul a cărui jumătate înmulţită cu treimea lui dă 600?

(Răspunsul la pag. 208)

RICĂ ŞI TRICĂ ÎŞI PUN PROBLEME

(6) Trică: „dacă vrei, eu pot să-ţi ghicesc ziua şi luna în care te-ai născut. Ia o hîrtie şi un creion şi socoteşte:

Înmulţeşte data zilei de naştre cu 3; adună cu 5; înmulţeşte totul cu 4. La aceasta adună data zilei de naştere, ca şi cea a lunii de naştere (de exemplu: luna mai = 5, luna decembrie = 12), scade 20 şi spune-mi apoi rezultatul.

Trică, aflînd rezultatul, face o mică socoteală şi răspunde *14 iunie*.

Rică nu pare prea mirat, deşi răspunsul era cel bun şi spune: „ştiu cum ai făcut!"

(7) „Eu ştiu şi mai mult. Îţi spun nu numai luna de naştere, ci şi vîrsta.

Vrei să-ţi spun cîţi ani are tatăl tău şi în ce lună s-a născut? Ia şi tu hîrtie şi creion şi scrie: cifra lunii în care s-a născut (ianuarie = 1, noiembrie = 11 etc.).

Înmulţeşte cu 2, adună cu 5. Rezultatul înmulţeşte-l cu 50. Adaugă cîţi ani are, scade 365, adaugă 115.

Arată-mi acum rezultatul obţinut.

Văzînd rezultatul, Rică răspunde pe loc: 42 de ani, luna iunie. Trică vrea să afle şi el cum a procedat Rică.

(Răspunsurile la pag. 208)

(8) Un cioban este întrebat cîte oi are în turma sa. El răspunde: „Am mai puţin de 700 de oi. Cînd le las să iasă cîte 2,3,4,5 sau 6 o dată, îmi rămîne totdeauna una; cînd le las să iasă cîte 7 odată, atunci nu-mi rămîne nici una.

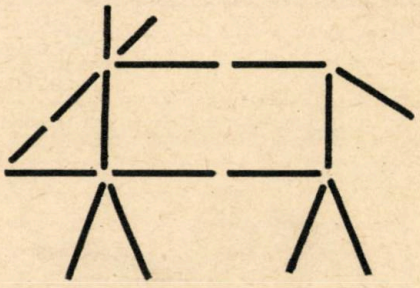
Cîte oi avea turma?

(Răspunsul la pag. 208)

JOCURI CU CHIBRITURI

(9) Purcelusul trist se înveseleşte

Figura alăturată este construită din 15 1/2 beţe de chibrituri şi reprezintă un purceluş prost dispus.

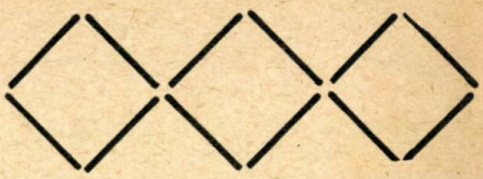


Cum înveselim purcelul, schimbînd locul a 6 1/2 beţe?

(Răspunsul la pag. 208)

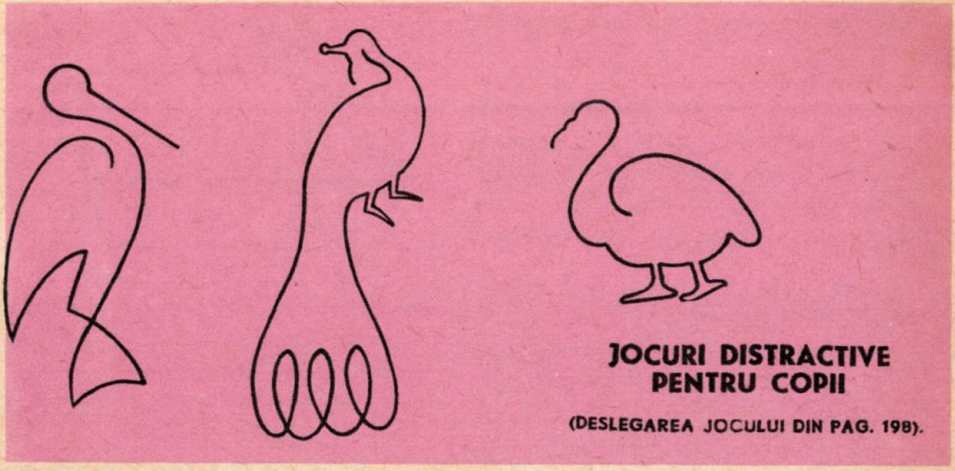
(11) Cum putem transforma aceste trei pătrate, formate din 12 bețe de chibrituri, în patru pătrate, mutînd numai 4 bețe?

(Răspunsul la pag. 208)



Sfaturi pentru MAME în legatură cu JOCURILE COPIILOR

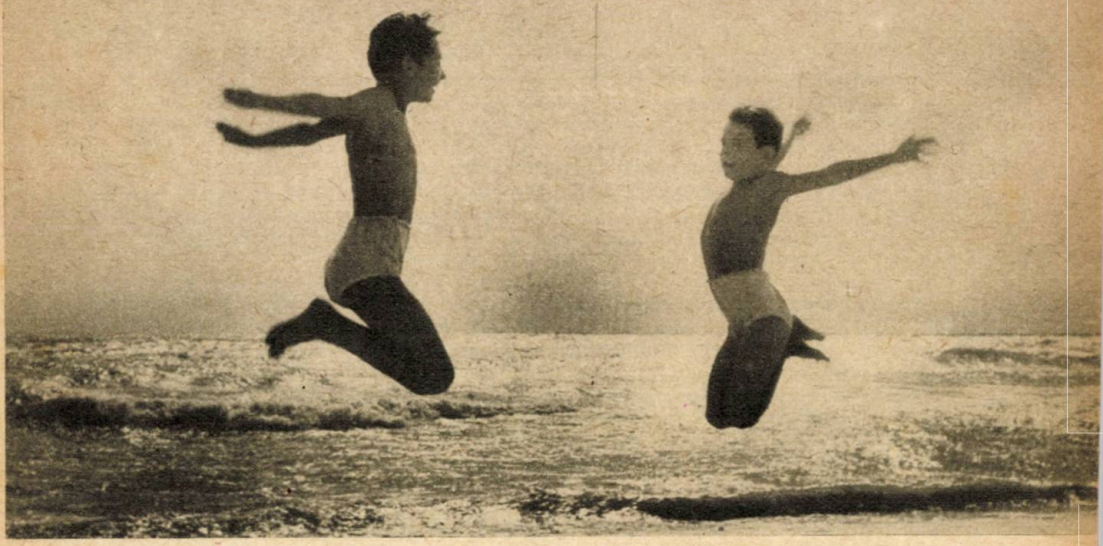
Îndrumați cu dragoste, pricepere și răbdare jocul copiilor!
Alegeți pentru copii jocuri potrivite vîrstei!
Supravegheați ținuta corectă a copiilor în timpul jocurilor!
Obișnuiți copilul cu tovarăși de joacă! Învățați-l să-i iubească și să-i respecte!
Asigurați copilului spațiul necesar jocului!
Obișnuiți copiii să vorbească clar și corect!
Obișnuiți copiii să se joace cît mai mult în aer liber!
Ajutați copiii să-și dezvolte îndemînarea!
Îmbogățiți prin joc cunoștințele copiilor!
Învățați copilul să se joace și singur!
Formați din timp deprinderile uzuale ale copilului!
Creați copiilor emoții pozitive!
Asigurați copiilor un colțișor pentru păstrarea jucăriilor!
Construiți singuri jucăriile copiilor!
Deprindeți copilul să-și țină jucăriile în ordine!
Nu lăsați la îndemîna copilului jucării care pot deveni dăunătoare (ascuțite, sparte, tăioase și murdare)!
Construiți, împreună cu copilul, jucării noi!
Învățați pe copil să-și păstreze jucăriile! Reparați împreună cu el pe cele stricate!



JOCURI DISTRACTIVE PENTRU COPII

(DESLEGAREA JOCULUI DIN PAG. 198).

SĂNĂTATE și VIGOARE



Folosind factorii naturali pentru călirea organismului copiilor

Schimbarea continuă a condițiilor mediului în care trăiește copilul face ca adaptarea organismului lui la aceste condiții să fie grea dacă nu este călit, adică pregătit să facă față cît mai bine și cît mai repede diferitelor influențe ale factorilor externi (temperatură, umezeală, vînt, frig etc.).

Aceasta înseamnă că, pentru a asigura copilului o bună dezvoltare și a-l feri de infecții, este necesar ca în afară de o îngrijire igienică și o alimentație rațională să-i întărim puterea de apărare și de adaptare a organismului prin călire.

Călirea organismului este o acțiune care cuprinde folosirea și aplicarea unui complex de factori între care factorii naturali (aer, lumină, soare, apă) joacă un rol principal.

Pentru buna reușită a acestor măsuri de călire este bine să se știe că ele trebuie folosite complex (adică toate la un loc), sistematic și continuu, încă din primele luni de viață ale copilului, în mod gradat, pentru a obișnui organismul, și mai ales individualizate pentru fiecare copil în parte.

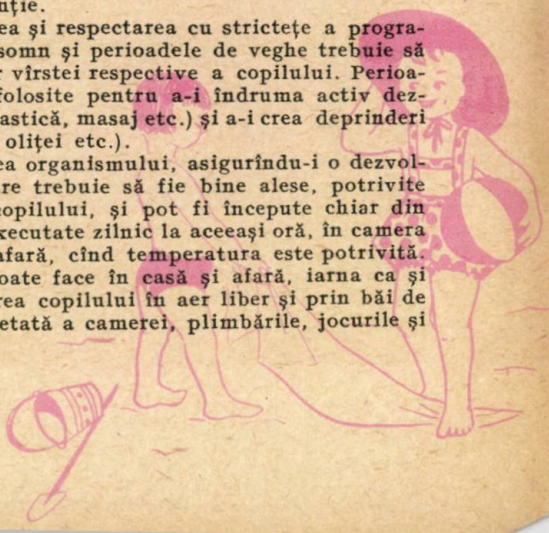
Din totalitatea factorilor de călire nu vom mai aminti aici vaccinările (imunizările), care sînt specifice fiecărei boli în parte și care formează preocuparea medicilor.

Măsurile așa-numite „nespecifice" de călire, adică cele care duc la întărirea și buna dezvoltare a organismului, pot și trebuie să fie aplicate de orice mamă sau persoană care are în îngrijirea sa un copil. Ele sînt ușor de folosit, dar necesită cîteva cunoștințe precise, perseverență și multă atenție.

Aceste măsuri simple încep prin întocmirea și respectarea cu strictețe a programului de viață al copilului, în care orele de somn și perioadele de veghe trebuie să alterneze și să aibă o durată potrivită nevoilor vîrstei respective a copilului. Perioadele în care copilul este treaz trebuie să fie folosite pentru a-i îndruma activ dezvoltarea (prin jocuri), a-i asigura călirea (gimnastică, masaj etc.) și a-i crea deprinderi bune și igienice (spălarea mîinilor, folosirea oliței etc.).

Gimnastica și masajul urmăresc stimularea organismului, asigurîndu-i o dezvoltare armonioasă. Ele se fac prin exerciții care trebuie să fie bine alese, potrivite fiecărei vîrste și gradului de dezvoltare a copilului, și pot fi începute chiar din luna a 2-a—a 3-a de viață. Ele trebuie să fie executate zilnic la aceeași oră, în camera bine aerisită, cu ferestrele deschise, sau chiar afară, cînd temperatura este potrivită.

Aeroterapia sau călirea prin aer se poate face în casă și afară, iarna ca și vara, și se poate realiza prin aerisire sau ținerea copilului în aer liber și prin băi de aer. Aerisirea permanentă sau cît mai des repetată a camerei, plimbările, jocurile și



mai cu seamă somnul în aer liber — în curte sau pe terasă — sînt — cele mai simple și mai ușor de realizat dintre toate mijloacele de călire a organismului. Acestea trebuie să fie făcute însă atunci cînd temperatura aerului nu este prea ridicată sau prea coborîtă, cînd nu bate vîntul și cînd nu plouă.

Băile de aer necesită dezbrăcarea completă a copilului. Ele pot fi făcute de la 2—3 luni de viață și pot începe mai întîi în cameră și apoi afară, la o temperatură de 20—22°. Durata crește zilnic progresiv pînă la 1 oră, de 2 ori pe zi.

Călirea prin lumina solară sau helioterapia se poate face vara prin radiațiile solare naturale și iarna prin cele artificiale (ultraviolete).

Băile de soare, care sînt mijlocul cel mai cunoscut al folosirii luminii solare, trebuie să fie făcute cu prudență, mai ales la copilul mic, deoarece ele pot da naștere la accidente. Se pot începe din luna a 3-a de viață, într-o perioadă a anului sau a zilei cînd radiațiile solare nu sînt prea intense.

Copiii trebuie să aibă capul acoperit. Băile au la început o durată de 1 minut pe fiecare parte (spate și față), timp care se crește treptat pînă la 30 de minute pentru o ședință. După 15—30 de zile se face o pauză.

Nu toți copiii suportă băile de soare, iar cei cu boli de plămîni, de inimă, nu trebuie să fie expuși la soare, deoarece boala se poate înrăutăți.

Apa, ca mijloc de călire a orgauismului, se folosește la început — chiar din perioada de sugar mic — în baia zilnică de curățenie. După 6 luni, baia poate fi urmată de fricțiuni umede cu apă căldicică, care se răcește treptat, iar după 1 1/2—2 ani se poate începe practicarea dușului sau turnarea apei cu stropitoarea sau cu cana.

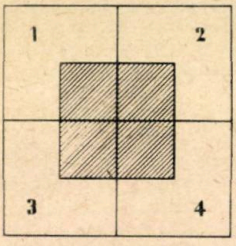
De la vîrsta de 2 ani se pot face băi în bazine sau în mare la o temperatură a apei de cel puțin 20°.

Aplicarea corectă a acestor mijloace de călire a organismului copilului vor fi în măsură să-i asigure dezvoltarea normală, să-l ferească de boli și să-i întărească vigoarea, țintă pe care trebuie să o urmărească, atît părinții, cît și medicii.

Răspunsuri

la jocurile din pag. 204—206

(1) SOLUȚIA :



(2) Dan are 15 nuci, iar Vlad 21 de nuci.

(3) 33 de pești.

(4) 256 de gîște.

(5) 60.

(6) Răspuns I. Ziua de naștere a lui Trică e 14 iunie: $14 \times 3 = 42 + 5 = 47 \times 4 = 188 + 14$ (data zilei de naștere) + 6 (cifra lunii de naștere) = 208 — 20 = 188.

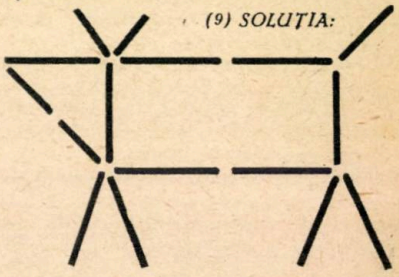
188 e rezultatul dat de Rică lui Trică. Această cifră, împărțită la 13, dă: 14, rest 6, 14 fiind data zilei de naștere și 6 data lunii de naștere.

Orice dată de naștere poate fi ghicită în acest fel.

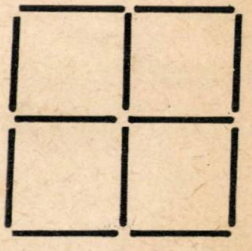
(7) Răspuns II. 6 (luna iunie) $\times 2 = 12 + 5 = 17 \times 50 = 850 + 42 = 892 - 365 = 527 + 115 = 642 = 6/42 = 42$ de ani, născut luna 6 (iunie).

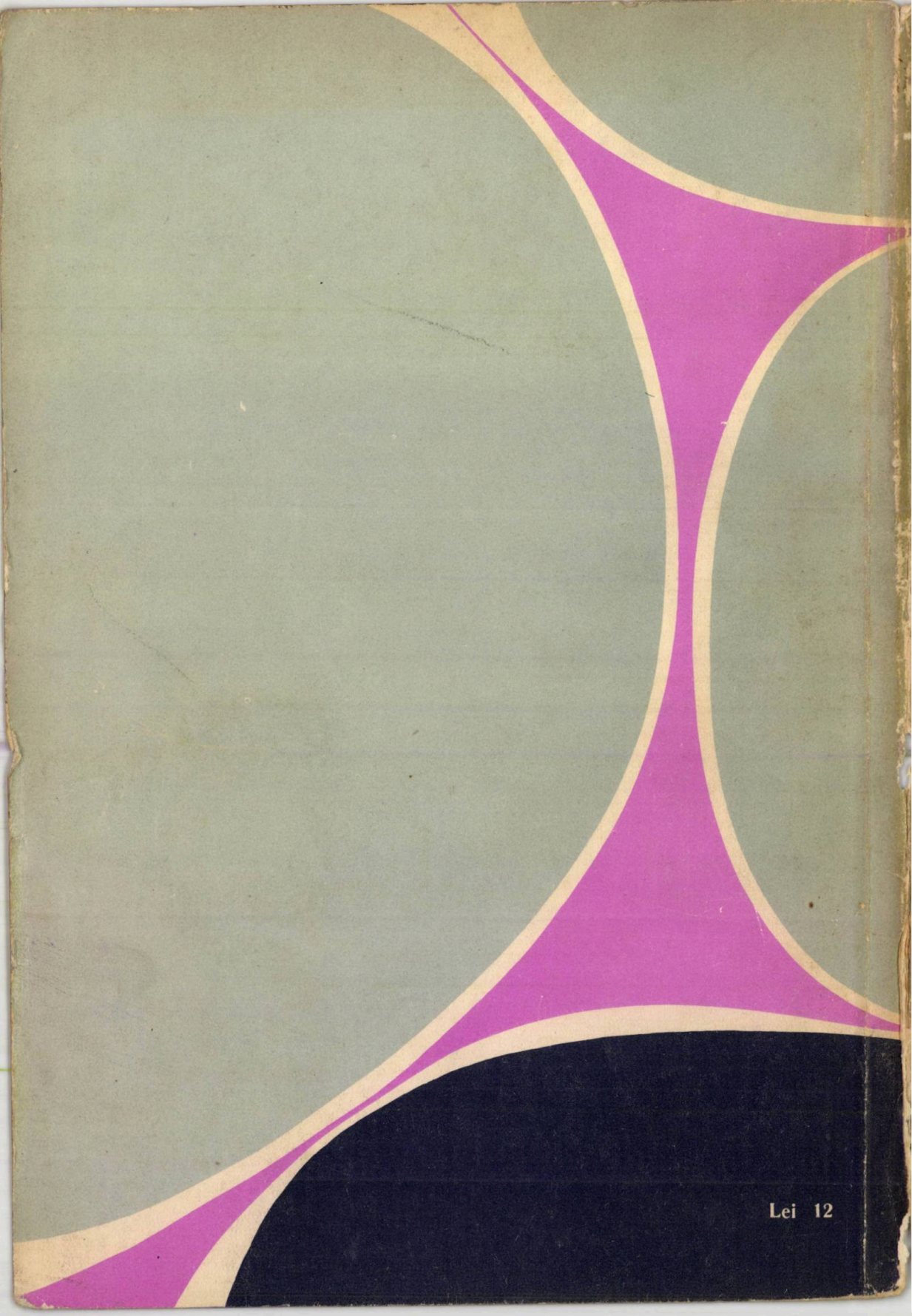
(8) 301.

(9) SOLUȚIA:



(10) SOLUȚIA:




Lei 12